

SĂNĂTATEA 1980 UN ALMANAH PENTRU TOATE VÎRSTELE

LEI 15

1980

almanahul

revistei

Sănătatea



UN ALMANAH
PENTRU TOATE VÎRSTELE



TOVARĂȘUL NICOLAE CEAUȘESCU,
secretar general al Partidului Comunist Român,
președintele Republicii Socialiste România



SEMN

Oglindă fără nume a omului e țara
în care-i desenată cu măiestrită mână
lumina ce îmbracă în floare primăvara

semn de seninătate e patria română

stilpi fără de sfîrșire sînt falnicii ei munți
iar rădăcina trainic rostită în țărîină
e vis de veșnicie ce îl purtăm sub frunți

semn de statornicie e patria română

din apele ce-o urcă în cîntece eterne
își spune vremea sacră de-a fi a ei stăpînă
în orizontul lumii de-a duce crezuri ferme

semn de nestînsă vrere e patria română

cîmpiile sînt harta pe care-n anotimpuri
cu hărnicie scriem viața, să rămîină
recolta fără noapte, de dincolo de timpuri

semn nalt de demnitate e patria română

țară de dor și țară de neînfrînți eroi
prin care se înalță, în timp, ca o cunună
spre — azurul de lumină din anii ei cei noi

semn grav de vitejie e patria română

„sîntem ai ei, e-a noastră !“ — supremă unitate
istoria ne este visare și fîntînă
mereu deschisă faței, o ne-ncetată carte

semn de înțelepciune e patria română.

Nicolae DRAGOȘ



Privim cu firească mîndrie și adîncă dragoste aceste imagini care vorbesc despre gîndirea și faptele de muncă ale celui mai iubit fiu al națiunii noastre, tovarășul Nicolae Ceaușescu, secretarul general al partidului, președintele Republicii Socialiste România.

Evenimentele anului ce se încheie cu cel mai important dintre toate — al XII-lea Congres al partidului —, au purtat pecetea dăruirii fără de seamăn a omului al cărui fierbinte patriotism mobilizează întregul popor la făurirea unei vieți mai bune, mai înfloritoare.

Nu este colț al acestei țări care să nu fi cunoscut prezența conducătorului ce se gîndește la armonizarea și echilibrul firesc care trebuie creat în dezvoltarea impetuoasă a tuturor județelor și localităților țării.

Din inițiativa tovarășului Nicolae Ceaușescu se deschid noi șantiere de locuințe, se ridică moderne uzine și impunătoare obiective social-culturale. În prezența sa se sărbătoresc aniversări ale unor momente hotărîtoare din viața și lupta poporului nostru. Cei ce sînt martori la marile adunări populare prilejuite de pre-



Muzeul Presei Sever Bocu
JIMBOLIA

Nr.



zența la aceste manifestări a secretarului general al partidului trăiesc emoționantele momente ale întâlnirii conducătorului iubit cu țara și poporul. Caldele aprecieri pentru bogatele fapte de muncă, exigența pentru ceea ce încă se poate face mai bine, de o înaltă și nouă calitate, mobilizează în egală măsură energiile și inițiativele tuturor celor ce muncesc pe acest pământ roditor.

Între marile realizări ale acestor ani se evidențiază înalta apreciere ce se acordă astăzi în lume contribuției României socialiste la instaurarea

unui climat de destindere, pace și securitate, rod al inițiativelor președintelui Nicolae Ceaușescu.

Poporul și partidul își iubesc conducătorul pentru exemplara sa dăruire în muncă, înaltul patriotism și fermitatea revoluționară.

Iată temeiul dorinței unanim exprimate de comuniști, de întregul nostru popor pentru realegerea în înalta funcție de secretar general al Partidului Comunist Român a celui care și-a înscris cu litere de aur numele în istoria României.





CONGRESUL AL XII-LEA AL PARTIDULUI COMUNIST ROMÂN PROIECTEAZĂ ROMÂNIA DE MÎINE, O ȚARĂ PE CULMILE CIVILIZAȚIEI SOCIALISTE

PARTIDUL, CENTRUL VITAL AL NAȚIUNII

Congresele partidului, sărbătorile țării, sînt evenimente deosebite, scumpe inimii noastre, momente de rememorare a ceea ce am fost, de evaluare a ceea ce sîntem și de adîncă, responsabilă reflecție spre viitor.

Congresele partidului s-au înscris în istorie ca bornele kilometrice, marcînd semnificativ drumul devenirii noastre socialiste, drumul spre edificarea unei Româнії a dezvoltării economice neîntrerupte, a echității socialiste și emulației spirituale, a bunăstării și prosperității, a dorinței spre mai bine.

Un proces complex, avînd drept înțelept conducător Partidul Comunist Român — centrul vital al națiunii noastre socialiste, forța politică conducătoare a întregii activități economico-sociale, rol recunoscut de întregul popor, rezultat al politicii sale marxist-leniniste, al identificării depline cu interesele vitale ale maselor, al capacității de a ne conduce cu fermitate pe calea eliberării sociale și naționale, a făuririi societății socialiste.

Hotărîrile adoptate de congresele partidului, aceste înalte forumuri ale națiunii, au dovedit și dovedesc caracterul profund științific al politicii partidului, capacitatea de a adapta adevărurile general-valabile la condițiile specifice ale țării noastre.

Istoricile congrese — al IX-lea, al X-lea, al XI-lea ale partidului — au declanșat uriașe transformări economico-sociale, creșterea bunăstării și a calității vieții, perspectivele unei evoluții neîntrerupte date de însuflețitorul Program al partidului de construire a societății socialiste multilateral dezvoltate și înaintare a României spre comunism. Proiectul de Directive ale Congresului al XII-lea cu privire la dezvoltarea economico-socială a României în cincinalul 1981—1985 și orientările de perspectivă pînă în 1990 ne oferă imaginea stenică a împlinirilor viitoare, a evoluției economiei socialiste la dimensiuni ce poartă pecetea gîndirii științifice și cutezanței revoluționare a tovarășului Nicolae Ceaușescu. Gîndirea sa înțeleaptă, activitatea sa teoretică, opera sa științifică au înarmat partidul și poporul cu orientări clare în munca pentru edificarea socialismului pe pămîntul României.

Îndeplinirea prevederilor Programului de făurire a societății socialiste multilateral dezvoltate și înaintare a României spre comunism se realizează datorită rolului politic al partidului în conducerea științifică a tuturor domeniilor, a întregii societăți. Aceassta fiind ca-

lea sigură spre făurirea viitorului comunist al patriei, spre acel viitor care reunește aspirațiile tuturor oamenilor muncii din țara noastră — români, maghiari, germani și de alte naționalități. Așa cum arăta secretarul general al partidului, tovarășul Nicolae Ceaușescu, la Consfătuirea de lucru de la C.C. al P.C.R. din 5—7 septembrie 1979, „rezultatele obținute demonstrează cu putere că avem o linie politică justă, bazată pe concepția revoluționară, materialist-dialectică, pe aplicarea creatoare a adevărilor generale la condițiile concrete din România. Succesele dobândite sînt rodul nemijlocit al activității tuturor oamenilor muncii, fără deosebire de naționalitate, a întregului popor pentru înfăptuirea neabătută a politicii interne și externe a partidului și statului, care corespunde pe deplin năzuințelor vitale ale întregii noastre națiuni“.



Tovarășa academician doctor Inginer Elena Ceaușescu, reprezentantă de frunte a științei românești.

ROMANIA DE AZI, O CONSTRUCȚIE A ÎNTREGULUI POPOR

În 1979, la sfîrșitul celui de-al patrulea an al cincinalului, avem imaginea a ceea ce am împlinit din ce s-a preconizat de

înaltul forum al partidului în 1975 și de Conferința Națională.

Planul producției industriale s-a realizat cu o depășire de 70 miliarde de lei; s-au obținut rezultate pozitive în creșterea productivității muncii, a eficienței economice și la alți indicatori. Agricultură a în-

CREȘTEREA VENITURILOR POPULAȚIEI PRIN CREAREA DE NOI LOCURI DE MUNCA

	1951— 1955	1956— 1960	1961— 1965	1966— 1970	1971— 1975	1976— 1978	Prevederi 1981— 1985
Numărul locurilor de muncă create (mii)	825	300	1 056	803	1 192	655	1 750
Venituri nete suplimentare pentru populație (miliarde lei)	4,0	2,8	11,7	11,1	20,4	14,5	—

LOCUINȚE DATE ÎN FOLOSINȚĂ ÎN PERIOADA 1951—1978 ȘI PERSPECTIVA PÎNĂ ÎN 1990

	1951— 1955	1956— 1960	1961— 1965	1966— 1970	1971— 1975	1976— 1978	Previziuni	
							1981— 1985	1990
— Locuințe date în folosință (mii)	116,3	269,4	349,0	386,9	562,4	395,0	1 200 000	1 250 000
— Locuințe date în folosință în medie la 1 000 de locuitori	26,3	47,1	56,1	49,5	64,0	39,0	—	—

registat, de asemenea, o serie de progrese, obținându-se o creștere de peste 20 la sută a producției agricole pe primii trei ani. S-au dezvoltat în mod corespunzător și celelalte ramuri de activitate. Pe această bază a crescut venitul național, s-au înfăptuit prevederile cu privire la creșterea nivelului material și spiritual al poporului.

Oamenii muncii de la orașe și sate au acționat în toate domeniile vieții economice și sociale, asigurând îndeplinirea și chiar depășirea planului de dezvoltare economico-socială a României în perioada 1976—1980. Ca urmare au fost descoperite noi rezerve și posibilități de accelerare a dezvoltării economice a țării, ceea ce a condus la depășirea prevederilor planului la o serie de indicatori de bază.

România a devenit o țară industrial-agrară cu o industrie modernă, puternică și o agricultură dezvoltată, cu o știință, un învățământ și o cultură socialistă înaintate, în care se asigură un nivel de viață tot mai ridicat pentru întregul nostru popor.

Spre creșterea nivelului de trai

Creșterea nivelului de trai și bunăstării oamenilor muncii, obiectiv constant al Partidului Comunist Român, și-a găsit o puternică și multilaterală reflectare în Programul de creștere a nivelului de trai în anii 1976—1980, document de o excepțională valoare adoptat de Conferința Națională a partidului din decembrie 1977.

El s-a materializat în creșterea retribuției personalului muncitor, a veniturilor țărănimii cooperatiste și lucrătorilor din agricultura de stat, cât și în majorarea pensiilor și cheltuielilor social-culturale, în creșterea volumului desfacerilor de mărfuri și al prestării de servicii, în intensificarea construcției de locuințe și reducerea săptămânii de lucru.

De la 1 august 1979 a început cea de-a doua etapă a majorării retribuției, urmînd ca veniturile reale ale celor ce muncesc să crească pînă la sfîrșitul anului 1980 cu 32,2 la sută, față de 28 cît s-a prevăzut inițial.

Începînd cu 1 ianuarie 1978 oamenii muncii din sectoarele de bază ale economiei românești au beneficiat de reducerea treptată a săptămînii de lucru, urmînd ca pînă în anul 1985 întreg personalul muncitor să beneficieze de săptămîna de lucru de 44 de ore.

Apărarea sănătății, la cote superioare

În creșterea nivelului de trai material și spiritual se înscrie și ocrotirea sănătății, factor hotărîtor pentru o nouă calitate a vieții.

În concordanță cu țelurile și obiectivele majore ale societății noastre socialiste, care situează omul, bunăstarea sa materială și spirituală, capacitatea sa creatoare în centrul preocupărilor, Partidul Comunist Român a ridicat problema sănătății la rangul de politică de stat. În această perioadă fertilă în realizări și acumulări a fost elaborată și prima lege sanitară a României socialiste. Concepută în spiritul umanis-

EVOLUȚIA FONDURILOR SOCIALE DE CONSUM

	1950	1965	1970	1978
Total — mil. arde lei	3,5	22,9	37,4	68,8
Lei anual pe o familie	772	3 858	6 015	10 069
din care :				
— învățămînt	287	1 102	1 486	2 370
— ocrotirea sănătății	142	809	1 115	1 809
— pensii	135	792	1 782	3 071
— ajutoare pentru copii	12	458	681	1 261



Imagine a cartierului Drumul Taberei din București, la astăzi orașele României socialiste

TELUL SUPREM — BUNĂSTAREA POPORULUI

● Retribuția medie reală a personalului muncitor va spori pînă în 1985 cu 16—18 la sută ● Veniturile reale ale țărănimii provenite din munca în C.A.P. și în gospodăriile personale, pe o persoană activă, vor crește cu 20—23 la sută ● În vederea satisfacerii necesităților industriei și de consum, științific fundamentate, ale întregii populații, în viitorul cincinal producția agricolă globală va spori într-un ritm mediu anual de 4,5—5,0 la sută față de perioada 1976—1980 ● Industria alimentară se va dezvolta într-un ritm mediu anual de 7,2—8,2 la sută, valorificînd mai eficient materiile prime agricole ● Se va intensifica dezvoltarea producției de preparate și semipreparate culinare, care va crește pe întregul cincinal cu 2,5—2,8 ori, în vederea ușurării muncii în gospodăria casnică ● Producția industriei ușoare de bunuri de consum va crește cu un ritm mediu anual de 7,1—8 la sută ● În vederea îmbunătățirii condițiilor de locuit se vor construi în deceniul 1981—1990 un număr de 2 350 000—2 450 000 de apartamente, din care 1 100 000 în perioada 1981—1985 ● Populația urmează să realizeze în regie proprie în perioada 1981—1985 circa 100 000 de locuințe, pentru care se vor asigura materialele de construcții necesare. ● În deceniul 1981—1990, peste 270 de localități rurale vor deveni orașe ● 65 la sută din populație va locui în 1990 în mediul urban ● În cincinalul următor se vor da în folosință un număr de 50 000 de locuri în cămine pentru nefamilisti.

EVOLUȚIA PRINCIPALILOR INDICATORI CARE CARACTERIZEAZĂ ÎNVAȚĂMINTUL

	1948—1949	1978—1979	1979—1980
— unități școlare	19 144	30 000	peste 30 000
— copii în grădinițe	157 934	872 374	peste 6 milioane
— elevi	1 997 118	4 642 422	
— studenți	48 676	190 560	
— cadre didactice	86 490	256 595	peste 300 000

mului revoluționar, care stă la baza politici partidului și statului nostru, și înscrisă în ansamblul programului general

de dezvoltare socială și economică a țării, legea prevede căile și mijloacele de asigurare a unei stări de sănătate cît mai depline pentru toți cetățenii patriei.

Corepunzător obiectivelor stabilite în Programul partidului s-au depus eforturi susținute pentru dezvoltarea și modernizarea întregii activități de ocrotire a sănătății. Volumul investițiilor destinate asigurării sănătății se ridică astăzi pînă la aproape 10 miliarde lei.

Îmbunătățirea continuă a condițiilor de muncă, de locuit, de alimentație, de odihnă, creșterea nivelului cultural al populației, dezvoltarea bazei materiale pentru ocrotirea sănătății au influențat favorabil în anii care au trecut de la cel de-al XI-lea Congres al partidului evoluția și calitatea vieții oamenilor din patria noastră. Revelator în acest sens este faptul că durata medie de viață a crescut în România de la 42 de ani, cît era în anul 1938, la aproape 70 de ani, în prezent.

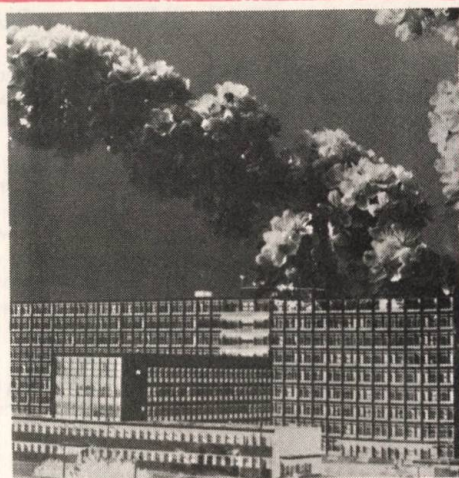


ele dimineții, secvență tipică pentru felul în care arată

DOCUMENTELE CONGRESULUI AL XII-LEA — STRATEGIA INTRĂRII SOCIETĂȚII ROMÂNEȘTI ÎNTR-O NOUĂ FAZĂ A DEZVOLTĂRII SALE

De la tribuna Congresului al XII-lea al partidului se proiectează amplu România la dimensiunea anului 1985. Obiectivul fundamental al cincinalului 1981—1985 — cum se subliniază în Directive — îl constituie continuarea îndeplinirii prevederilor Programului de edificare a societății socialiste multilateral dezvoltate și înaintare a țării spre comunism, intrarea societății românești într-o nouă fază a dezvoltării sale. În etapa care urmează vor avea loc afirmarea cu putere a revoluției tehnico-științifice în toate domeniile construcției socialiste, accelerarea trecerii, pe baza acumulărilor cantitative din etapele anterioare, la o nouă calitate a activității economico-sociale, ridicarea în continuare a gradului de bunăstare materială și spirituală a întregului nostru popor, întărirea independenței și suveranității patriei.

Planul cincinal viitor va asigura dezvoltarea armonioasă a întregii noastre societăți, creșterea în ritm înalt a economiei naționale, a produsului social și a venitului



Spitalul din Slobozia, modernă unitate
sanitară

național, realizarea unui echilibru corespunzător între diferite ramuri și sectoare de activitate, amplasarea mai judicioasă a forțelor de producție pe teritoriu, înflorirea puternică a științei, învățămîntului și culturii, perfecționarea raporturilor sociale.

CONSUMUL MEDIU ANUAL

	1950	1965	1978	1980	1985
Carne și produse din carne					
— kg pe locuitor	16,7	26,6	54,9	62,4	72,0
— dinamica în %	100,0	159,3	328,7	373,7	431,1
Lapte și produse din lapte					
— litri pe locuitor	107,6	105,0	152,8	220,0	240,0
— dinamica în %	100,0	97,6	142,0	204,5	223,0
Ouă					
— bucăți pe locuitor	59	115	254	270	280
— dinamica în %	100,0	194,9	430,5	457,6	474,6
Zahăr și produse din zahăr					
— kg pe locuitor	6,9	15,0	26,4	30,0	35,0
— dinamica în %	100,0	217,4	382,6	434,8	507,2
Legume și produse din legume					
— kg pe locuitor	65,6	75,3	133,5	143,6	160,0
— dinamica în %	100,0	114,8	203,5	218,9	243,9
Fructe și produse din fructe					
— kg pe locuitor	20,7	26,7	51,0	63,0	85,0
— dinamica în %	100,0	129,0	246,4	304,3	410,6

REALIZĂRI ÎN DOMENIUL OCROTIRII SĂNĂTĂȚII

	1948	1950	1960	1965	1970	1978	Prevederi creșteri 1981— 1990
— paturi de spi- tal	—	69 221	133 850	144 054	168 115	203 536	15 000
— paturi de spi- tal la mia de locuitori	—	4,2	—	—	—	9,3	—
— nr. medici	12 650	15 583	24 984	27 900	29 959	36 838	—
— nr. locuitori ce revin unui medic	1 256	1 047	737	682	676	593	—
— durata medie de viață	45	63	66	—	—	69	—
— odihnă	—	125 836	230 536	318 198	517 182	—	—
— tratament în stațiuni bal- neare	—	75 375	226 412	310 827	365 124	—	—

Viitorul în Directivele Congresului al XII-lea

Proiectul de Directive ale Congresului al XII-lea prevede ca producția globală industrială să crească în perioada 1981—1985 într-un ritm mediu anual de 8—9 la sută. Ritmul mediu anual de creștere a producției nete industriale va fi de 9—10 la sută. Aceasta se va realiza prin asigurarea dezvoltării în ritm înalt a ramurilor de vîrf ale industriei, ridicarea gradului de tehnicitate, restructurarea industriei, punîndu-se accent pe sectoarele mici consumatoare de energie și materii prime. Astfel, metalurgia, construcțiile de mașini, chimia și industria bunurilor de consum vor deține la sfîrșitul cincinalului peste 90 la sută din producția industrială. Comparativ cu 1980, industria electronică va crește în 1985 de 2,3—2,4 ori, industria mașinilor-unelte așchietoare de 2—2,2 ori, industria de mecanică fină de 2,7—3 ori, producția de utilaj minier și petrolier de peste 2 ori, de mase plastice de 1,5—1,7 ori, de fibre și fire sintetice de 1,6—1,8 ori.

În perioada 1981—1985 se va realiza un program de investiții de 1 300—1 350 miliarde lei. Se prevede punerea în folosință a peste 1 200 de capacități noi și modernizarea a circa 1 100 de unități în industrie, realizarea a 375 de capacități noi în agricultură.

Venitul național va ajunge în 1985 la 2 400—2 500 de dolari pe locuitor.

Paralel, pe baza accelerării procesului de dezvoltare intensivă și modernizare a agriculturii — ca una dintre cele mai importante priorități în cincinalul viitor —, producția globală agricolă urmează să sporească cu 24,5—27,5 la sută față de media anuală din perioada 1976—1980.

Înfăptuirea unor asemenea sarcini majore implică ridicarea la cote mereu mai înalte a cercetării științifice. În acest sens, Programul-directivă de cercetare științifică și dezvoltare tehnologică stabilește legarea sa mai strînsă de cerințele concrete ale producției materiale și ale vieții sociale, devansarea cu cel puțin 5 ani a activității economice, pentru a oferi soluții noi, îndrăznețe, revoluționare, de dezvoltare și modernizare a economiei.

O nouă calitate a vieții

Întreaga dezvoltare economico-socială a țării este indisolubil legată de perfecționarea continuă a conducerii societății, de adîncirea democrației socialiste, de crearea celor mai favorabile condiții pentru participarea largă și activă a maselor la adoptarea și înfăptuirea tuturor deciziilor care privesc prezentul și viitorul țării.

Linia de evoluție a societății noastre în viitorul cincinal se caracterizează printr-un amplu și profund proces de adîncire a democrației socialiste în toate domeniile



**Standurile de cărți expresie a nestăvilitei
sete de cultură**



**Supermagazine cu produse din abundență,
de larg consum și alimentare satisfac cele
mai exigente gusturi**



**Activiști obștești ai Crucii Roșii într-o
acțiune de mobilizare a populației la igienă
și salubritate**



**Într-unul din laboratoarele de biochimie ale
Centrului de medicină sportivă**

vieții sociale. În concepția partidului nostru, afirmarea plenară a personalității umane, participarea la conducerea societății, creația sa pe plan material și spiritual constituie punctul esențial al noii calități a vieții. Viitorul cincinal va marca un nou pas important înainte în direcția dezvoltării democrației socialiste, a creșterii gradului de civilizație și bunăstare al poporului — țelul suprem al politicii și activității partidului. Cincinalul viitor, așa cum îl înfățișează Directivele, asigură condițiile necesare pentru ridicarea în continuare a nivelului de trai, pentru realizarea unei calități noi a vieții materiale și spirituale a maselor.

Potrivit prevederilor înscrise în proiectul de Directive ale Congresului al XII-lea, creșterea nivelului de trai și a bunăstării populației se va accentua în perioada 1981—1985. Ea va cuprinde satisfacerea optimă a nevoilor materiale, spirituale și culturale ale oamenilor muncii — preocupare permanentă a partidului și a secretarului său general, tovarășul Nicolae Ceaușescu, față de om, expresie a profundului umanism ce caracterizează societatea noastră socialistă. Astfel, retribuirea medie reală va spori în cincinalul următor cu 16—18 la sută, menținându-se raportul actual de 1 la 5,5 între retribuirea minimă și maximă pe economie, ceea ce va asigura în continuare corelații stimulative între diferitele categorii de personal. Veniturile reale ale țăranimii obținute din munca în cooperativele agricole de producție și în gospodăriile populației vor crește cu 20—23 la sută, pensia medie reală de asigurări sociale va fi sporită cu 15—16 la sută, iar alocația medie reală pentru copii — cu 20 la sută.

În vederea îmbunătățirii condițiilor de locuit se vor construi de către stat 1 100 000 de apartamente; se estimează, totodată, că populația va realiza în regie proprie circa 100 000 locuințe, pentru care se vor asigura materialele de construcții necesare; se vor da în funcțiune, de asemenea, 50 000 de locuri în cămine pentru nefamiliști.

Baza materială a sectorului social-cultural se va dezvolta în continuare. Pentru extinderea sistemului de educație preșcolară se vor construi circa 100 000 noi locuri în grădinițe, urmînd ca pînă în 1985 să fie cuprinși în grădinițe practic toți copiii de vîrstă preșcolară. Vor fi puse în funcțiune noi săli de clasă, ateliere, laboratoare, internate. În domeniul ocrotirii sănătății accentul va fi pus pe organizarea acțiunilor profilactice de identificare a cauzelor care influențează negativ sănătatea publică; de asemenea vor fi date în folosință 15 000 paturi de spital.

În înfăptuirea politicii sanitare a partidului și statului nostru un loc însemnat îl

ocupă Societatea de Cruce Roșie. Acționînd împreună cu Ministerul Sănătății, Ministerul Educației și Învățămîntului, cu alți factori în cadrul efortului general pentru îmbunătățirea continuă a stării generale de sănătate în spiritul aplicării Legii privind asigurarea sănătății populației, Crucea Roșie desfășoară o amplă activitate pentru ca toți cetățenii țării, începînd cu vîrsta școlară, să-și însușească cunoștințele necesare acordării primului ajutor. Sarcină de mare responsabilitate, programată să se finalizeze în anul 1985, ea se va materializa prin mobilizarea întregii populații la cursurile și acțiunile de instruire cu cunoștințe și tehnica acordării primului ajutor. Totodată, în lumina sarcinilor rezultate din proiectul de Directive, Crucea Roșie va trebui să-și intensifice eforturile pentru a-și aduce o contribuție sporită, alături de alți factori, la prevenirea îmbolnăvirilor, la dezvoltarea spiritului de solidaritate și întrajutorare umană.

O atenție deosebită va fi acordată îmbunătățirii conținutului științific și diversificării propagandei și educației igienico-sanitare prin folosirea acelor mijloace și forme ale Crucii Roșii care să corespundă specificului diferitelor domenii ale vieții economico-sociale din țara noastră.

În colaborare cu Ministerul Sănătății, cu Statul-major al Apărării civile și Gărzilor patriotice, Consiliul Național își va intensifica preocuparea pentru îmbunătățirea calitativă a pregătirii teoretice și practice a grupelor sanitare voluntare ale Crucii Roșii, a posturilor de prim-ajutor, precum și a surorilor de Cruce Roșie, în scopul participării acestora în număr tot mai mare la acțiunile de prevenire a îmbolnăvirilor și la acordarea mai competentă a primului ajutor.

Congresele partidului, sărbătorile țării, declanșează un puternic avînt politic, în-suflețire în muncă.

În aceste zile premergătoare deschiderii lucrărilor celui de-al XII-lea Congres al partidului, tineri și vîrstnici, femei și bărbați, români, maghiari, germani și de alte naționalități, toți cei ce constituie națiunea română, aderă cu hotărîre la politica partidului, într-o unitate deplină.

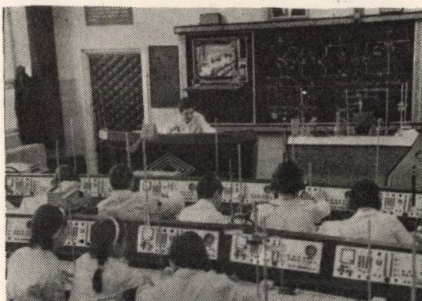
Consacrîndu-și toate forțele pentru în-făptuirea integrală a hotărîrilor ce vor fi adoptate, oamenii muncii vor accelera progresul material al patriei, ridicarea României pe treptele tot mai înalte ale progresului și civilizației socialiste.



Munca, izvorul tuturor împlinirilor prezente și viitoare



Concediu reconfortant pentru oamenii muncii în pitoreștii munți ai Făgărașului



Acces la cuceririle științei, la nou și modern încă de pe băncile școlii



Zîmbetul copilăriei, zîmbetul fericirii, al vieții lipsite de griji



ÎN APĂRAREA VIEȚII

Pentru toți copiii o familie

A existat, există și va exista permanent în adâncul ființei umane dorința sinceră, adesea nemărturisită, de a lăsa o urmă trainică trecerii sale prin viață. Această tulburătoare dovadă poate fi uneori o operă de valoare, o idee genială, care să electrizeze mințile cutezătoare ale generațiilor următoare sau pur și simplu... un copil.

Simbol al eternității vieții, puilul de om aduce, odată cu primul strigăt de biruință al acesteia, bucuria fără margini a celor care l-au adus pe lume, îndeplinindu-și în acest fel îndatorirea necrisă și unică în felul ei de a fi părinți. Dar nașterea copilului nu înseamnă încheierea acestei datorii. Abia acum începe marea și adevărata ei

- **PENTRU TOȚI COPIII
O FAMILIE**
- **GATA DE INTERVENȚIE
ÎN CAZ DE NEVOIE**
- **CENTRUL
DE HEMATOLOGIE —
UN REZERVOR
DE SĂNĂTATE**
- **SE NAȘTE UN NOU
MEDICAMENT**
- **REDUCEREA
POLUĂRII MEDIULUI —
O PROBLEMĂ
A TUTUROR**
- **FAȚA NEȘTIUTĂ
A OMENIEI OAMENILOR
ÎN ALB**
- **NICIODATĂ NU SÎNTEM
SINGURI!**

menire. „Nu ți-e mamă cine te naște, ci ți-e mamă cine te crește” — spune o înțeleaptă vorbă a poporului nostru, evidențiind în acest mod rolul covârșitor pe care îl au părinții în creșterea și educarea copiilor.

Există însă în viață și momente când părinții firești ai copilului lipsesc, din diferite motive, de lângă viața plăpândă pe care au adus-o pe lume. Ocrotit de inviolabilul său drept de a se naște și crește sănătos, copilul născut în România de azi nu rămâne însă niciodată singur. El este al nostru, al tuturor, știm cu toții că de soarta lui viitoare se va ocupa societatea, adică noi toți. Pe toți copiii îi vrem fericiți, sănătoși, întregi la trup, la minte și la suflet, capabili să ducă mai departe îndrăznețele noastre visuri de viitor. Pentru copii nici un efort nu este prea mare.

Puțini dintre noi știu, de pildă, că astăzi pentru un copil din leagăn se cheltuiesc lunar circa 2 000 de lei, deci 24 000 de lei anual, sumă în

care intră o alimentație bogată și variată, îmbrăcăminte de bună calitate, jucării. Tot ei beneficiază de locuri de joacă, bazine de înot, de săli de mese și dormitoare elegante, de bucătării dietetice și de multe alte dotări nebănuite. Ca ei să crească sănătoși și voinici statul le-a pus la dispoziție o armată de peste 40 000 de medici, psihologi, pedagogi, surori medicale și infirmiere, oameni generoși și devotați ce au nu numai datoria de a veghea la buna lor dezvoltare fizică și psihică, ci și aceea de a ține locul părinților. Nu întâmplător alegerea acestora se face cu răspundere, deoarece a lucra în oricare din cele 54 de leagăne din țară înseamnă a te dedica cu dragoste și pasiune creșterii și educării copiilor.

Împlinirea vârstei de 3 ani prilejulește o primă probă de control al eficienței muncii personalului din leagăn. Copilul intră în grădiniță cu bagajul de cunoștințe și zestrea de sănătate, la a căror bună dezvoltare au contribuit sute de mame în halate albe. Intrat în grija educatoarelor, copilul devine o individualitate ce se cere și mai mult respectată. În primul an de grădiniță un copil crescut de stat beneficiază numai pentru hăinuțe de o sumă de peste 1 600 de lei anual, urmînd ca în anul următor pentru reînnoirea garderobei să i se aloce din nou o sumă depășind 1 000 de lei. El nu poartă cămașa rămasă mică de la fratele mai mare, cum ar face-o poate în familie, el are haine noi, frumoase și cochete, care nu-l deosebesc de copiii de aceeași vîrstă crescuți în familie.

Într-o vară, directoarea unei case de copii a ținut cu orice preț să aibă cel mai elegant preșcolar trimis în taberele de pe litoral. Cu concursul meșterilor croitori ai unor cooperative copiilor le-au fost confecționate rochițe, pantalonași, fuste și bluzițe de toate culorile și de diverse modele, astfel că apariția în gări a copiilor stîrnea firesc admirația călătorilor. Așadar, grija pentru fiecare copil, pentru bucuria lui sinceră și curată de a fi admirat în toată candoarea și nevinovăția lui nu costă niciodată prea mult acest părinte iubitor care este statul.

Că în România socialistă copiii ocrotiți de societate nu pot fi comparați în nici un fel cu orfanii chinuți de odinioară ne-o dovedesc nu numai chipurile fericite ale micuților, deveniți uneori chiar vedete de film, ci și mărturisirile celor mai mari, ale celor care după terminarea gimnaziului sînt îndrumați cu competență și răbdare spre acele profesii care să le valorifice integral talentul și imaginația. Se face totul pentru ca cerul copilăriei lor să fie senin, neapăsător de grija zilei de mîine. Se face totul de la modernele construcții de noi case și leagăne cu o funcționalitate și confort sporit, pînă la crearea de microfamilii în care frații să fie împreună, indiferent de vîrstă și sex, cel din același sat sau oraș să nu fie despărțiți, așa încît copiii să se simtă bine, în largul lor, să aibă sentimentul că sînt în familie.

Acest adevărat cult al vieții de familie l-am surprins și printre elevele unei case de copii școlari din București, care în momentul în care una din „surorile” mai mari, absolventă de liceu, a fost cerută în căsătorie, s-au simțit obligate să-și înzestreze „sora”. Zile în șir, de la cele mici la cele mari, „surorile” miresei au brodat cearșafuri, fețe de pernă, mileuri, zestrea ce urma ca să ducă în casa tinerilor căsătoriti cele mai calde și pure dovezi de dragoste, pornite din sînul cald al acestei familii deosebit de unite care este casa de copii.

Simțămîntul că aparțin unei mari familii, familiei țării, îl au toți copiii aflați în prezent în casele de copii, copii ai căror frați mai mari „asistați” sînt elevi de liceu sau studenți. Pe pe-



Orele de joacă în aer liber sînt așteptate cu bucurie

rioada vacanțelor, ei se întorc „acasă”, adică la casa de copii, însoțindu-i pe cei mici în tabere și colonii de vacanță, locuri în care pot fi găsiți în fiecare vară. Mulți dintre școlarii din casele de copii pleacă duminică în vizite la colegii lor de școală care au familie sau așteaptă vizita unor cupluri de oameni iubitori, care-i plimbă și-i duc în familiile lor.

Ei nu sînt singuri, chiar dacă adevărații părinți nu le sînt alături, deoarece poporul nostru blînd și generos și-a iubit și ocrotit întotdeauna copiii.

Nu întâmplător numeroase familii trec pragul caselor de copii solicitînd cu insistență înfierea unor minori. Să nu uităm, de asemenea, minunatele exemple de omenie și generozitate din perioada care a urmat seismului din 4 martie 1977, cînd sute de familii s-au oferit să crească și să educe copiii rămași fără părinți.

Oaspeți dragi, așteptați cu dragoste în leagăne și case de copii, sînt și membrii unor comitete de sprijin de pe lîngă aceste instituții, din care fac parte reprezentanți ai organizațiilor de femei, tineret și pionieri, precum și activiști obștești ai Crucii Roșii.

Activitatea lor plină de dăruire s-a remarcat îndeosebi cu prilejul manifestărilor organizate în 1979 în cadrul Anului Internațional al Copilului. Vizitele, serbările pionierilor și șoimilor patriei, darurile și florile oferite nu rămân doar momente ocazionale. Ele sînt, prin grija noastră, a tuturor, sărbători devenite tradiționale în fiecare instituție de acest gen din țară.

Să nu le lipsească nimic — așa s-ar traduce în cuvinte grija părintească pe care partidul, societatea, întregul nostru popor o manifestă față de copiii cu care viața a fost mai dură. Să aibă tot ce le trebuie — de la casa confortabilă, hrană și îmbrăcăminte la căldură și dragoste. Și copiii noștri au satisfacute din plin toate aceste dorințe.

Crescuți și ocrotiți în marea familie a țării, asemenea tuturor copiilor României socialiste, ei privesc demn, cu încredere viitorul.

„Partidul și statul nostru — spunea tovarășul Nicolae Ceaușescu, președintele Republicii Socialiste România, în Mesajul adresat Conferinței mondiale „Pentru un viitor pașnic și sigur pentru toți copiii”, desfășurat în vara anului 1979 la Moscova, cu prilejul Anului Internațional al Copilului — veghează permanent ca tineretului, copiilor țării, întregului popor să le fie asigurate liniștea și pacea pentru a se putea dedica cu toate forțele progresului și prosperității patriei, înfăptuirii țelurilor nobile ale socialismului și comunismului. Tineretul României crește astăzi liber și viguros, în spiritul prieteniei și solidarității cu toți copiii lumii, cu generațiile tinere de pe toate continentele, dornic să-și aducă contribuția la propășirea patriei sale și a întregii umanități, la cauza nobilă a libertății și independenței popoarelor, a păcii, înțelegerii și colaborării în întreaga lume”.

Maria PREDOȘANU

Gata de intervenție în caz de nevoie

Fete și femei tinere în uniforme albastre cu însemnele Crucii Roșii pe bonetă au devenit de mult o prezență familiară în universul nostru cotidian. Sînt răsplătite cu aplauze cînd defilează la marile noastre sărbători, le urmărim pe stadioane în demonstrațiile lor anuale, le recunoaștem autoritatea cînd, însoțind personalul sanitar, se interesează de condițiile igienice în care muncim și trăim. Dar mai ales le simțim alături de noi în caz de nevoie: în întreprindere, pe șantier, în cooperativa agricolă de producție, ori în instituție, aceste inimoase activiste pe tărfm omeniei se află la datorie în toate momentele necesare. Sînt echipierele grupelor sanitare, formațiuni voluntare ale Crucii Roșii, pregătite să intervină,

cu competență și căldură umană, în caz de nevoie, cînd o viață sau mai multe se află în primejdie.

Crucea Roșie are o veche și valoroasă tradiție în crearea formațiunilor sanitare voluntare, ale căror echipiere sînt pregătite să facă propagandă în rîndul populației în favoarea apărării sănătății, să ajute personalul sanitar în acțiunile sale profilactice, să acorde primul ajutor în caz de urgență. Întreaga lor activitate reprezintă o parte din contribuția pe care și-o aduce Crucea Roșie la ridicarea nivelului de cultură sanitară al întregului popor, la însușirea regulilor acordării primului ajutor în caz de avarii la locul de muncă, în accidente sau calamități.

În momentele dramatice pe care le-am trăit în acest ultim deceniu am simțit alături prezența fermă, ajutorul dezinteresat și plin de pricepere, căldura suflătoare a acestor tinere pregătite să fie de folos celor din jur. Au fost la datorie în zonele inundate ale țării în anul 1970, ca și în anul 1975, acordînd primul ajutor, salvînd vieți omenești, îmbărbătînd pe cei loviți, sprijinind personalul sanitar în luarea primelor măsuri de igienizare și de prevenire a îmbolnăvirilor. Și imediat după catastrofalul cutremur care ne-a afectat țara echipierele grupelor sanitare au fost înfrînute acolo unde era mai greu. Au acționat zi și noapte, fără preget, acordînd primul ajutor, în amenajarea locuințelor pentru cei rămași fără adăpost, în asigurarea unei hrane calde, apoi pe frontul reconstrucției — cu pricepere, hărnicie și modestie.

Trăsăturile nobile de omenie, competență, generozitate sînt proprii tuturor echipierelor, tinere fete și femei care acționează în mii de grupe sanitare, dar fiecare formațiune înscrisă în biografia sa fapte de o mare frumusețe morală, intervenții operative în împrejurări care puteau lua proporții dacă n-ar fi existat inițiativa, priceperea și dăruirea cu care își fac datoria formațiunile sanitare voluntare ale Crucii Roșii.

Să zăbovim asupra cîtorva asemenea fapte semnificative din activitatea unor grupe sanitare.

...Grupa sanitară a Întreprinderii de perdele din Pașcani are o existență relativ tînă, numărînd abia cîțiva ani. Iar prima intervenție înscrisă în activitatea sa a fost o banală entorsă. Dacă pentru acest caz n-a fost necesar să se desfășoare toate forțele umane și de pregătire ale grupei, în alt caz însă, petrecut mai recent, acestea au fost solicitate deplin. Chiar în preajma fabricii, un proiectil rămas din timpul războiului a explodat, accidentînd grav un grup de copii. Intervenind cu promptitudine, prezență de spirit și pricepere, echipierele grupei sanitare au acordat primul ajutor tuturor accidentaților și le-au asigurat transportul la Spitalul de urgență din Iași.

...La Șantierul naval Oltenița, grupa sanitară a fost înființată în urmă cu aproape 20 de ani. Face parte organic din existența acestui colectiv de muncă: rezolvă primul ajutor în accidentele de muncă, sprijină organele sanitare în acțiunile profilactice și educative, echipierele fiind recunoscute ca propagandiste pentru o viață rațională, igienică.

Au de partea lor cunoștințe temeinice dobândite prin studiu, deprinderi formate în cadrul unor exerciții îndelungate și bogate resurse sufletești de a acționa în sprijinul semenilor. O carte de vizită care onorează.

...În iulie 1975, cu numai un an de experiență tânără, grupă sanitară a Termocentralei lernut a fost confruntată cu o situație de excepție: inundația! Folosind târgi improvizate, dar mai ales acționând cu calm și pricepere, echipierele au salvat persoane din case care parcă doar atât au așteptat ca să se prăbușească. Iar când nici o viață n-a mai fost în pericol, au ajutat personalul de specialitate în acțiunea de dezinfectare a fântinilor și a locuințelor inundate pentru prevenirea unor epidemii. Ceea ce înseamnă, la urma urmelor, tot vieți salvate.

...10 ani din biografia grupei sanitare din cadrul Cooperativei agricole de producție din comuna Tătuțești — județul Olt s-au scurs fără evenimente deosebite, în carnetul de evidență figurând intervenții minore în situații foarte obișnuite la locul de muncă. Și deodată... Surprinse pe cîmp de o ploaie torențială, cinci femei, cooperatoare ca și echipierele grupei, au fost electrocutate. Acționând operativ și cu multă pricepere în acordarea primului ajutor, femeile accidentate au fost scoase în afara oricărui pericol.

Examenul prin care a trecut grupa sanitară și care a făcut-o cunoscută dincolo de granițele comunei pledează de la sine în favoarea cunoașterii regulilor și a tehnicii acordării primului ajutor — de cele mai multe ori hotărîtor în salvarea vieții oamenilor.

...Poate că, acceptînd să facă parte dintr-o grupă sanitară, multe tinere nu știu că posedă calități, precum: prezență de spirit, stăpînire de sine, inițiativă, o mare dragoste față de oameni. Și le descoperă atunci cînd sînt puse în situația de a acționa. Este și cazul echipierelor grupei sanitare a Întreprinderii de produse ceramice Zalău. De asemenea calități au dat dovadă toate în cîteva împrejurări mai deosebite. Odată, cînd un incendiu a cuprins hala cuptoarelor și cînd au trebuit salvați treisprezece muncitori care suferiseră arsuri grave; altă dată, cînd s-a produs un accident în timpul transportării unor blocuri ceramice și mai mulți muncitori au suferit diverse traumatisme. Grupa aceasta acționează cu inițiativă nu numai în caz de accidente, ci și pe tărîm educativ; la propunerea sa, pe ecranul clubului întreprinderii au fost proiectate filme, adevărate lecții de acordare a primului ajutor în caz de electrocutare, înec, stop respirator.

...Pentru echipierele grupei sanitare din comuna Sita Buzăului — județul Covasna, a fi înrolate în marea armată a celor care luptă pentru sănătatea și viața oamenilor nu se rezumă numai la a acorda primul ajutor în caz de nevoie, deși sînt foarte bine pregătite în acest scop și și-au do-



Echipierele grupelor sanitare, cunoscute și apreciate pentru neobosita lor activitate în slujba sănătății și apărării vieții oamenilor.

vedit iscusița în mai multe împrejurări, ci și de a dona onorific sînge, ca un mijloc permanent de a fi de folos oamenilor.

Zeci de mii de membre ale Crucii Roșii pregătite să intervină cu pricepere și omenie în apărarea vieții ne creează sentimentul tonic al siguranței: lîngă noi, în întreprindere sau în instituție, în sat, la cooperativa agricolă acționează o formațiune sanitară voluntară a Crucii Roșii pe care ne putem bizui. A dovedit-o în atîtea rînduri!

Andreea MIRCEA

Centrul de hematologie — un rezervor de sănătate

În urmă cu ani am fi început aceste rînduri prezentînd atmosfera vechilor străzi bucureștene — Titulescu și Dr. Felix —, legate de nostalgia anilor de practică studentească la una din unitățile sanitare din zonă, Centrul de hematologie și transfuzie. Să fi fost aceasta prin anii 1953—1954, cînd, din cauza unei activități mai restrînse și a lipsei de dotare cu aparatură, nu s-ar fi putut creiona mai mult decît elanul și dorința oamenilor în halate albe de a-și consacra întreaga activitate sănătății populației. Era un mic, dar inimos colectiv, condus de prof. dr. Constantin T. Nicolau, întemeietorul hematologiei mo-

derne românești, șef de școală medicală. Revenind după atîția ani, Centrul de hematologie și se înfățișează ca o modernă și impunătoare uzină de sănătate, conviețuind în bună tovărășie în perimetrul noilor bulevarde și magistrale, cu coloșii de beton și oțel, semnînd aceeași carte de vizită a prosperității și înaltului grad de civilizație ce caracterizează societatea noastră socialistă.

Deși existența centrului numără mai bine de două decenii, extinderea, modernizarea, dezvoltarea și afirmarea a cunoscut-o, îndeosebi, în ultimii ani, ani în care, prin sprijinul acordat de către organele de partid și de stat și prin munca neobosită a înimosului său colectiv, și-a cîștigat un binemeritat prestigiu în țară și peste hotare.

Centrul de hematologie, unul dintre primele de acest fel în Europa, se înscrie azi printre numeroasele realizări în domeniul științei; el și-a consacrat întreaga activitate acțiunilor de ocrotire a sănătății populației, în primul rînd prin recoltarea, conservarea și distribuirea singelui și derivatelor sale rețelei sanitare. O nobilă și importantă activitate desfășurată de un entuziast colectiv de medici, biologi, chimiști, ingineri, tehnicieni, care, după cum se știe, este sprijinită în mod deosebit de către Societatea de Cruce Roșie prin activiștii săi voluntari. Pentru că, așa după cum ne spunea dr. docent Vlad Apăteanu, directorul centrului, care a avut amabilitatea să ne prezinte unitatea, „fără o activitate social-obștească de masă, în care se regăsește în primul rînd activul voluntar al Crucii Roșii, nu se poate obține o activitate transfuzională de sînge eficientă”.

Vizitînd centrul și noua sa anexă cu cele 6 nivele, secțiile de preparate și derivate de sînge, de plasmă, recoltare și consultații pentru donatori, de cercetare științifică, laboratoarele de specialitate, remarci dotarea deosebită, ultramodernă din care nu lipsesc aparatele de liofilizare, centrifugele separatoare cu răcire, aparatele de citofereză care separă trombocitele și leucocitele, marile frigidere congelatoare, sterilizatoarele, multe de proveniență românească și în care discipolii lui

Hipocrat sînt astfel îmbrăcați încît par a fi niște cosmonauți. Dr. Rodica Pîrvu, șefa secției de recoltare, însoțind de nenumărate ori alături de colegii mai tineri caravanele centrului atît în municipiul București cît și în județele Ilfov și Ialomița, ne informează că anual se recoltează peste 160 000 prize de sînge, însumînd o cantitate de circa 40 000 de litri. Cîte femei în pragul nașterii și copii salvați, cîți accidentați recuperați și redați societății și familiei, cîte acte chirurgicale rezolvate cu ajutorul transfuziei de sînge sau derivatele acestui elixir al vieții!

La rîndul lor, dr. Vanghel Kondi, șeful secției de preparate și derivate din sînge, și dr. Teodor Rîcman, șeful secției de control medical al donatorilor, ei înșiși donatori, ne vorbesc despre spiritul de colaborare care există între Centrul de hematologie din Capitală, centrele de recoltare și transfuzie județene și organizațiile de Cruce Roșie în mobilizarea populației la toate acțiunile de donare onorifică de sînge.

Recoltarea și creșterea numărului de donatori onorifici sînt obiective prioritare, dar centrul răspunde și unor sarcini de producție privind asigurarea preparatelor derivate din sînge, cu rol de diagnostic și terapeutic. Se produc 22 de asemenea preparate în valoare de circa 16 milioane de lei anual, din care nu lipsesc gamaglobulinele folosite atît de mult în pediatrie, albuminele umane, plasma liofilizată, serurile hemotest, reactivii de coagulare și alte reacții chimice, cei pentru antigenul Australia etc. Toată această producție are o mare importanță pentru sănătatea publică, pentru cercetarea științifică — alt obiectiv însemnat al unității —, avînd menirea să adapteze, corespunzător cerințelor actuale și tehnologiilor internaționale, metodele de recoltare și conservare a singelui, de control de laborator și de producție industrială, să găsească soluții originale pentru noi metode de



Aspect cotidian de donare onorifică de sînge la Centrul de hematologie din București

diagnostic și tratament hematologic. Această orientare în activitatea științifică s-a soldat cu mari economii, cu descoperirea unor soluții de tratament eficiente și necostisitoare. Un exemplu recent, în acest sens, ar fi organizarea producției și distribuției de crio-precipitat anti-hemofilic datorită cărui bolnavi hemofiliici care altădată se operau în străinătate pot fi azi îngrijiți cu succes în clinicile noastre chirurgicale.

Colectivul centrului este autorul a peste 2000 de lucrări științifice și comunicări făcute în țară și peste hotare, a peste 70 de invenții și inovații; reprezentanții hematologiei românești s-au bucurat de aprecieri cu ocazia unor simpozioane și congrese naționale și internaționale.

Am lăsat intenționat la urmă activitatea de propagandă și organizare în domeniul donării onorifice de sânge, în care, alături de organizațiile de Cruce Roșie și centrele de recoltare și conservare a sângelui județene, Centrul de hematologie desfășoară o neobosită muncă, din care nu lipsesc convorbirile, filmele educativ-sanitare, afișele, pliantele, broșurile ce au darul să sensibilizeze populația. Rădăcinile nu întârzie să se vadă, înregistrându-se creșterea numărului de donatori, satisfacerea corespunzătoare, cu sânge și derivatele sale, a cerințelor unităților medicale. O singură cifră este edificatoare: în prezent 83 la sută din sângele necesar apărării vieții se obține numai de la donatori onorifici.

Centrul de hematologie din Capitala țării, modern și important edificiu al sănătății, având condiții optime de desfășurare a activității, și-a câștigat un binemeritat renume în țară și peste hotare. El reprezintă încă o realizare a științei medicale românești, o dovadă grăitoare a politicii partidului și statului nostru de ocrotire a sănătății populației, de dezvoltare și perfecționare continuă a asistenței medicale.

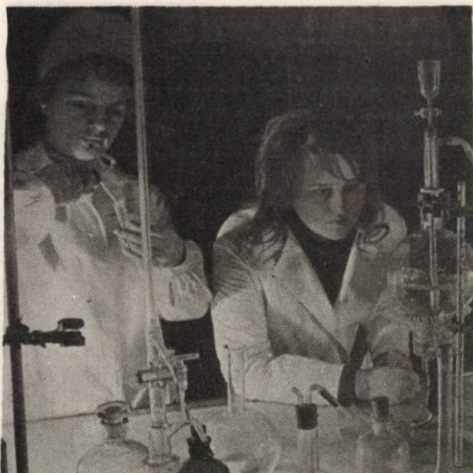
Dr. George M. GHEORGHE

Se naște un nou medicament

Din statistici rezultă că de la idee până la produsul de care beneficiază un bolnav se pot scurge și 8—10 ani, mai puțin dacă e vorba de o simplă alifie și cam atât pentru medicamente destinate cardiacilor, să spunem. Asta chiar în țările cu tradiție și producție farmaceutică de prim rang, cum sînt S.U.A., Elveția ori Anglia. Durata exprimă de fapt mecanismul ce se pune în funcțiune pentru elaborarea unui nou produs farmaceutic, antrenînd specialiști diverși, clinicieni, aparatură, factori de decizie, producători pe o filieră extrem de complexă. La produsele total noi și nu numai la ele.

Dacă banalei și longevivei aspirine, de pildă, i s-ar adăuga o substanță în plus sau s-ar renunța la una din componentele ei actuale, atunci întregul proces de testare, experimentare, urmărire a efectelor ar fi luat de la început, ca pentru un medicament nou creat. Pentru că, în momentul în care un medicament și-a ocupat locul în terapia curentă, specialiștii dețin siguranța nu numai că este eficient în afecțiunea pentru care a fost conceput, dar și că nu prezintă nici cel mai infim coeficient de risc pentru bolnav; siguranța se dobîndește însă prin muncă științifică meticuloasă, experimentări îndelungate de laborator și clinice, sau atât de îndelungate pînă pot oferi certitudinile.

Lunga cale a medicamentului către bolnav începe, așadar, de la idee. Am încercat, prin bunăvoința specialiștilor Institutului pentru controlul de stat al medicamentului și cercetări farmaceutice, să „demontăm” pentru uzul cititorilor meca-



Grija și atenția față de sănătatea populației se manifestă și prin exigența controlului medicamentelor

nismul care transformă ideea în miraculosul medicament. La noi în țară, deci, fiecărui medicament nou îi sînt necesare trei avize, și anume: **de necesitate** — confirmînd rentabilitatea cercetării, întrucît progresele chimice, biochimice, farmaceutice și medicale sînt atât de rapide încît noul produs se poate „demoda” înainte de a se naște; **terapeutic** — însumînd probe de laborator, documentația din care să rezulte în ce afecțiune va fi folosit, sub ce formă farmaceutică și tehnologia de fabricare — toate fiind apoi verificate prin probe complexe în institut (fizico-chimice, biologice, microbiologice, pirogenetice, galenice și fitochimice, pentru vegetale) și experimentate clinic; **de fabricație** — ceea ce înseamnă controlul șarjei zero, al tuturor șarjelor în primul an de fabricație, iar în cazul cardiotoniceilor, al soluțiilor per-

fuzabile, al anezicelor și al unor antibiotice se controlează șarjă de șarjă. Încă un amănunt interesant: dacă filiera amintită este valabilă pentru produsele asimilate, exercitându-se pe intervalul unui an sau doi, pentru medicamentele originale — în categoria cărora au intrat gerovitalul, bolcilul, covalitinul și altele — experimentarea clinică este extrem de complicată, urmînd obligatoriu alte faze: experimentarea pe un număr mic de cazuri, în genere voluntari sănătoși, pentru a se putea stabili doza prin extrapolarea rezultatelor obținute în laborator pe animale; urmează administrarea produsului în cel puțin 3 clinici universitare, pe cite cel puțin 30 de bolnavi, respectîndu-se dozele și indicațiile terapeutice; în sfîrșit, în a treia fază, se studiază medicamentul pe sute de bolnavi, pentru a se putea observa și efectele adverse și a se stabili contraindicațiile. Aceste observații clinice sînt urmăriți, consemnate și analizate cu rigoare științifică de farmacologi, adică de cadre didactice din toate profilurile medicale care constituie corpul de specialiști competenți în a aviza producerea unui nou medicament și introducerea lui în practica terapeutică.

Prezentarea de pînă acum, mai mult decît schematică, nu are altă pretenție decît de a sugera cititorului cît efort de creație, de observație științifică, de muncă, adesea anonimă, încorporează minuscula tabletă ori fragila fiolă fără de care nu ne putem redobîndi sănătatea în cazul în care ne-am îmbolnăvit. Pentru că prea adesea cei interesați, dar poate mai puțin avizați, nu înțeleg de ce odată anunțată o ipoteză științifică ea nu se materializează în timpul dorit în medicamentul către care își îndreaptă speranțele. Teoretic, nici un for medical nu respinge o invenție ori o inovație în domeniul medicamentului; dar care for medical și-ar asuma răspunderea de a da cale liberă unui produs insuficient testat, care n-a trecut proba, și în timp, a eficacității sale?

Ne numărăm printre puținele țări din lume în care controlul medicamentului a fost preluat de stat, ca o măsură de maximă vigilență în apărarea sănătății populației. Ne numărăm, astfel, printre țările în care nu s-au produs accidente din cauza unor medicamente lansate în scopuri comerciale și care au periclitat nenumărate existențe umane. Actul de naștere al **Institutului pentru controlul de stat al medicamentului și cercetări farmaceutice** a fost semnat cu o jumătate de secol în urmă; modesta instituție de atunci a căpătat însă dimensiuni conforme cu cerințele actuale. Institutul a fost restructurat și investit cu împuterniciri în spiritul măsurilor generale luate în țara noastră pentru îmbunătățirea și perfecționarea asistenței medicale, precum și pentru a putea ține pasul cu impetuoasa dezvoltare a industriei noastre de medicamente. El dispune de **o secție de control fizico-chimic și de patru laboratoare — de cercetări și control produse vegetale, pentru farmacopee și etaloane, de control biologic și microbiologic și de tehnică și organizare farmaceutică**. Ele se sprijină în activitate pe Stațiunea de acclimatizare și selecționare a plantelor medicinale de la Domnești și pe cele două biobaze de la Cer-

nica și Adunați. Dar mai ales dispun de un grup de cercetători pasionați — farmaciști, chimiști, ingineri chimiști, medici —, care-și exercită controlul atît asupra materiilor prime din import cît și a produselor finite, a medicamentelor autohtone și a produselor pentru export. Cercetătorii Institutului, specialiști cu înaltă calificare, nu se rezumă la un control de rutină; ei elaborează metodologii originale, stabilesc noi parametri de calitate, emit avizele necesare intrării în circuit a medicamentelor românești și străine, pe scurt, realizează o cercetare complexă, calificată și competentă într-un domeniu de investigație de mare sensibilitate și răspundere științifică. Tot specialiștii Institutului elaborează **Farmacopeea română** — lucrare de căpătîi a fiecărui farmacist, care se reeditează din 10 în 10 ani, aflîndu-se acum la a IX-a ediție — și suplimentul său operativ, care apare din 2 în 2 ani — rodul unei ample documentări și a numeroase experimentări, în care o pondere importantă o au cercetările științifice întreprinse în institut. Finalizarea acestor cercetări cu rezultate remarcabile a condus ca unele metode să figureze în diferite farmacopei de peste hotare, iar autorii lor să fie citați în literatura de specialitate străină, solicitați să colaboreze în cadrul unor organisme internaționale de specialitate.

Din această prezentare a institutului nu se poate omite latura de **farmacovigilență**. Termenul e atît de limpede încît nu mai necesită decît cîteva amănunte de ordin tehnic, mai mult. Colectivul care se ocupă de diversele implicații ale medicamentelor primește de la O.M.S. informații din întreaga lume cu privire la reacțiile adverse ale unor produse și recoltează informații din țară, le prelucrează și le difuzează printr-un buletin tuturor unităților noastre medicale; de două ori pe an informează asupra lor și O.M.S. Ce importanță deține urmărirea în continuare a medicamentelor după ce trec de „tutela” controlului și trăiesc independent? Două exemple sînt, credem, concludente: observat timp îndelungat în tratament, mexaformul și-a dezvăluit nu numai eficacitatea, ci și alte fațete, astfel încît, urmînd recomandările O.M.S., aria sa a fost restrînsă, administrîndu-se numai cu avizul medicului, nu mai mult de 750 mg pe zi și nu mai mult de 7 zile; tetraciclina a fost interzisă copiilor sub 7 ani întrucît încetinește creșterea și îngălbenește dinții — ceea ce este un inconvenient pur estetic, dar dacă poate fi evitat, cu atît mai bine.

La capătul acestor sumare notații, încă o informație care ține loc și de apreciere pentru valorosul colectiv al institutului; în acest an 33 de preparate farmaceutice, 1 preparat stomatologic, 25 de substanțe medicamentoase, 38 de plante și produse din plante medicinale, 19 produse biologice realizate de Institutul „C. I. Cantacuzino” și 4 produse biologice realizate de Institutul de virologie „Șt. S. Nicolau” au fost avizate favorabil întrînd în circuitul terapeutic curent.

...Se naște un nou medicament! Oamenii de știință, medicii și cei ce-l produc l-au destinat apărării sănătății și vieții!

Marieta VIDRAȘCU

Reducerea poluării mediului — o problemă a tuturor

„Aerul curat și apa limpede” — așa au fost definite, acum mai bine de 500 de ani, principalele elemente sanogenetice. Ele își păstrează întreaga importanță și în acest veac al exploziei industriale, al orașelor-fabrici, avînd ca simbol înaltele coșuri ale cuptoarelor. Iată și un exemplu: producția industrială a Bucureștiului a crescut de 30 de ori în ultimii 20 de ani. Chiar și acest singur indicator poate fi suficient pentru a înțelege numărul impresionant, varietatea și mărimea întreprinderilor aflate într-un perimetru restrîns. Evident, pericolul potențial de poluare pe care îl reprezintă este direct proporțional cu gradul de concentrare. Și totuși, Capitala continuă să-și păstreze aerul său pur și își consolidează renumele de oraș-grădiniță într-un moment nemaiîntîlnit de dezvoltare industrială.

Se demonstrează cu cifre și fapte la Comisia de combatere a poluării a Consiliului popular al municipiului București. Pentru edificare, dr. Vasile Frunză, inspector în cadrul Centrului sanitaro-antiepidemic al municipiului București, recomandă experiența Uzinelor „Timpuri noi”.

Aflată în centrul Capitalei, întreprinderea își bazează producția pe activitatea unei turnătorii și unei forje. Dar, deși întreprinderea s-a dezvoltat an de an, ceea ce a însemnat și mărirea sectoarelor amintite și intensificarea activității lor, gazele, reziduurile și pulberile ejectate în atmosferă s-au redus. Mai întîi prin repararea instalației de ventilație, reglarea arzătoarelor în vederea evitării arderilor incomplete; apoi, prin simple măsuri organizatorice, ca umplerea buncărelor numai pînă la ora 21, evitarea încărcării cubilourilor după ora 23 sau verificarea lunară a instalației de ventilație și transport pneumatic. Apoi, prin realizarea în cadrul programului de investiții a unor grătare de filtrare și a unei stații de epurare a apelor, numai aceasta din urmă în valoare de peste 600 000 de lei.

Pare puțin, dar ele înseamnă mult pentru cei ce locuiesc în preajma fabricii. Pentru că umplerea buncărelor și a cubilourilor era însoțită de un zgomot strident și repetat, obositor, care se auzea

în liniștea nopții pe un larg perimetru. O programare mai judicioasă a muncii a redat astfel cartierului liniștea odihnitoare a nopții.

O mare întreprindere industrială, așa cum este „Timpuri noi”, are în zilele noastre un ritm impresionant de modernizare. Modificările privind înfățișarea, structura, dimensiunea sînt vizibile, ușor de sesizat chiar din afara uzinei. Transformările de conținut se petrec însă în interiorul ei, în secții, acolo unde introducerea unei noi instalații, a unui nou agregat sau chiar a unei noi mașini poate determina un salt valoric și calitativ, un indice nou de performanță tehnică, o productivitate înaltă, un grad superior de securitate a muncii, reducerea indicilor de poluare.

Ce înseamnă pentru sănătate investițiile acestuia an la „Timpuri noi” ne spune ing. Nenu Vorovenci, șeful biroului mecano-energetic: „Am dotat turnătoria cu un cuptor de inducție de 6,3 tone. El reduce cu o treime poluarea actuală. Turnătoria va mai primi încă două instalații pentru captarea și spălarea aerului poluat din cubilouri și un nou uscător pentru reducerea cantității de particule evacuate în atmosferă sub maxima admisă în normative. În afara acestor măsuri, executăm 13 lucrări din fondurile de investiții, în valoare de 1,1 milioane de lei, în scopul reducerii potențialului de poluare atît la turnătorie cît și la atelierul de probe și la cele de rodaj, în secțiile de tratamente termice, forjă și tîmplărie. Asigurăm în acest fel o protecție complexă a mediului, reducînd substanțial în numai un singur an gradul de poluare al orașului”.

Iată și opinia președintelui comitetului sindicatului din întreprinderea „Timpuri noi”, tov. Ion Oprescu: „Reducerea poluării e o problemă care ne privește pe toți — muncitori, tehnicieni, maștri sau ingineri. De felul cum ne aducem contribuția la rezolvarea acestei probleme depinde însăși puritatea aerului pe care îl respirăm noi și familiile noastre. Nu putem rămîne spectatori resemnați la o acțiune de asemenea importanță. Nu vom fi spectatori nici în continuare. Viața ne cere să acționăm cu răspundere și perseverență”.

Că în acest spirit se procedează la Uzinele „Timpuri noi” probează și un element de ultimă oră: ca urmare a unei hotărîri a Consiliului oamenilor muncii, avizată de Ministerul Industriei Construcțiilor de Mașini, au fost întocmite documentele necesare pentru elaborarea unui program privind protecția integrală a mediului înconjurător. În execuția unor institute de specialitate I.C.P.M. și I.C.P.T.S.C. va începe încă în acest an efectuarea unui program complex privind depistarea cauzelor, proiectarea instalațiilor necesare și executarea lucrărilor prevăzute. Efortul financiar al întreprinderii urmează a fi numai în etapa elaborării studiului de peste 2 milioane de lei. Așa cum ni se spunea de către factorii de conducere ai între-

prinderii, muncitorii de la „Timpuri noi” consideră că aceasta, pe lângă protecția propriei sănătăți, este o parte a contribuției lor la ocrotirea sănătății populației Capitalei.

Ion DUMITRU

Fața neștiută a omeniei oamenilor în alb

Intrînd în Spitalul clinic de urgență din Capitală, parcurgînd holul spațios sau culoarele ce duc spre secții și grupuri operatorii te surprinde liniștea aparte, profundă, netulburată nici de zgomotul pașilor, nici de vreo frîntură de dialog. Este liniștea prevestitoare de furtuni, acele furtuni ce se dezlănțuie clipă de clipă dincolo de ușile cabinetelor complexe de investigații și ale sălilor de operații. În acele furtuni în care vieți în derivă sînt smulse de la hotarul cu moartea, numai prin supraomenescul efort de voință și competență al medicilor și personalului sanitar fiind reasezate în matca lor firească. Pentru că în spitalul acesta, care și-a asumat de peste patru decenii răspunderea rezolvării cazuisticii de urgență din Capitala țării, renașterea flăcării vieții, aflată de cele mai multe ori la o minimă intensitate, se realizează prin efortul la unison al tuturor oamenilor în alb care muncesc aici — de la medici și pînă la infirmiere —, efort alimentat neconștient de dorința de a ocroti și salva viețile semenilor.

Sîntem obișnuți să evaluăm efortul chirurgului și al anestezistului reanimator, raportîndu-l la cîte

ore a rămas în sala de operații. Sîntem tentați să apreciem efortul ortopedului nu numai prin solicitarea nervoasă, ci și prin cea fizică impusă de actul operator. Și estimăm efortul surorilor medicale și al infirmierelor în raport de nopțile și zilele de veghe la patul bolnavilor.

Dar dincolo de acest efort, impus de cerințele profesiei, cei ce concură la salvarea vieților în Spitalul de urgență nu ezită, de cîte ori situația o cere, să contribuie la apărarea vieții chiar și cu propriul lor sînge. Sînt fapte mai puțin cunoscute, dar care, după cum remarcă medicul chirurg Eugen Caloinescu, secretarul organizației de partid, reflectă principiile etice care călăuzesc activitatea colectivului.

Izvorîtă din competența cunoaștere a rolului acestui medicament viu, fără substituenți cu valoare echivalentă, inițiativa organizației de Cruce Roșie din spital de a forma un nucleu de donatori onorifici a găsit ecou. S-a constituit astfel un colectiv larg de medici și personal sanitar mediu, oameni al căror sînge face parte din grupele rare, grupele B-III, AB-IV sau cu Rh negativ, și care trebuie transfuzat imediat, în stare proaspătă. De cele mai multe ori chirurgul care operează, anestezistul reanimator sau surorile medicale prezente în momentele de cumpănă prin care trece viața bolnavului rezolvă situațiile-limită donînd sînge pe loc.

„Am extins această inițiativă — ne spunea medicul Mariana Petre, care îmbină armonios munca de anestezist-reanimator cu aceea de președinte al comisiei de Cruce Roșie pe spital, prezentînd de fiecare dată bolnavului aflat în afara oricărui pericol pe medicul, sora medicală sau infirmiera care a contribuit donînd sînge la salvarea vieții lui. Au loc momente cu o deosebită încărcătură emoțională, în care donatorul înțelege o dată mai mult contribuția ce și-o aduce cu fiecare flacon de sînge pe care îl oferă.



**Competenței
omului în alb,
se adaugă
necondiționat,
umanismul.**

Astăzi, nucleul de donatori onorifici numără peste 70 de oameni în alb din toate secțiile spitalului. În rândurile lor, zece de infirmiere, surori medicale, dar și chirurși cunoscuți, cum sînt prof. dr. Iuliu Șuteu, dr. Petre Panaitiu, dr. Marcela Dimitriu, dr. Marian Ciurel, dr. Ovidiu Boboce. Și dacă consemnăm numele surselor medicale Monica Tănăsiliă, Margareta Cițu, Elena Zanet, Lucia Simion și Emilia Sinc, cele care asigură neînterupt la punctul de transfuzie al spitalului sîngele și plasma necesare ocrotirii vieții, o facem pentru a le menționa și calitatea de donatoare frecvente de sînge.

Aproape 11 tone de sînge și peste o tonă de plasmă se consumă anual la Spitalul clinic de urgență din Capitală. Cîteva exemple sînt concludente: numai într-o singură lună — martie 1979 —, numărul transfuziilor efectuate în primele ore de la aducerea accidentaților sau bolnavilor a depășit cifra de 600; numai într-un singur caz — cel al Mariei N. din Oltenița — au fost necesare 22 de transfuzii în zece zile. Sînt cifre care atestă nu numai rolul sîngelui în efortul de salvare a unei vieți, ci și contribuția celor care asigură spitalului acest medicament viu.

Apreciînd aportul acestor oameni de omenie la efortul de a salva viețile în pericol, personalul sanitar din Spitalul de urgență desfășoară continuu și un larg dialog cu mii de oameni — colegi de muncă sau membrii de familie ai celor bolnavi sau accidentați — care se încheie de fiecare dată cu convingerea lor de a deveni donatori onorifici de sînge. Medicul Arthur Băcăuanu, șeful punctului de recoltare de sînge al spitalului, cel care cu neobosită pasiune informează, argumentează și determină să se doneze onorific sînge, ne confirmă că numai în anul 1978 aproape 1 800 de oameni, dintre care peste 1 000 colegi de muncă ai celor internați în spital, au donat sînge.

Salvatori ai vieților în pericol, consecvenți donatori onorifici de sînge, propagandiști permanenți în favoarea acestui gest profund uman, oamenii în alb de la Spitalul de urgență din Capitală își îndeplinesc cu cinste marile răspunderi cu care au fost învestiți.

Nicolae TURTURESCU

Niciodată nu sîntem singuri!

...O pasăre rănită se rostogolește spre pămîntul de unde se înălțase înspre înaltele văzduhuri. Această imagine însoțită de cuvintele „Împotriva tuturor suferințelor” — mesajul Zilei mondiale a Crucii Roșii în anul 1979 —, multiplicată pe milioane de afișe, pe ecusoane, pe genericul unor filme, în paginile ziarelor și revistelor transmitea chemarea pentru solidaritate și întrajutorare umană, pentru cei ce au nevoie de ajutorul semenilor lor.



Început de zi la căminul de pensionari din Constanța

Înscriindu-se printre obiectivele principale ale organizației noastre, activitatea social-umanitară și-a descoperit multiple valențe și nenumărați sprijinitori. În orice moment o nenorocire se poate abate asupra cuiva, boală, accident, calamitate naturală. O mîină întinsă, o mîngiere, un prim-ajutor sînt primele semne ale solidarității umane.

Crucea Roșie din România își realizează acest obiectiv principal în domeniul social-umanitar cu sprijinul valoroșilor ei activiști obștești. Patronarea unor leagăne de copii și cămine pentru pensionari, sprijinirea unor unități speciale pentru copii handicapați, îngrijirea bătrînilor și bolnavilor fără familie se fac cu firească și nemăsurată omenie. Se acționează cu înțelegere, tact, răbdare și sensibilitate, dar mai ales cu grija de a nu adînci și mai mult rana celui suferînd sau părăsit.

...Un cămin obișnuit pentru cei vîrstnici din comuna Mogoșoia. O clădire modestă, cu curte și livadă gospodărește amenajate, curățenie desăvîrșită și mulți, foarte mulți prieteni ai vîrstnicilor, de la pionierii școlii din comună pînă la activiști obștești ai Crucii Roșii, toți se îngrijesc să le ofere căldura inimii lor generoase.

...În căminul din Constanța își trăiesc zilele liniștite ale odihnei bine meritate, după ani

de muncă, 230 de pensionari. Am mai scris despre condițiile și confortul modern de care dispun. Dar ceea ce ne-a impresionat au fost frânturile de discuții zilnice între aceștia și personalul sanitar, de serviciu sau conducerea administrativă. Existau destule motive pentru a se face o observație pentru o ușă trîntită, un lucru murdărit, ori o stîngăcie comisă. Observațiile se făceau însă pe tonul cel mai firesc, liniștit, însoțite de zîmbete și de mîngîierea unei mîini. Nu am surprins aici figuri întunecate, anxioase, dimpotrivă, o imensă căldură și siguranță în ochii tuturor.

Evident, în toate căminele de pensionari condițiile de viață, de cultură, de continuă activitate pe alte planuri sînt multiple. Aparent nu le-ar mai trebui nimic. Dar înțelegînd ceea ce se spune și unul din locatarii căminelor, că nu bătrînețea este grea, ci singurătatea, cu înțelegere și dragoste alături de alți entuziaști activiști obștești, Crucea Roșie este din ce în ce mai prezentă pentru ca aceștia să nu se simtă nicodată singuri.

Se nasc în zilele noastre, natura este plină de surprize, copii infirmi, handicapați. Apriga bătaie ce se dă pe planul științei, al medicinei genetice, pentru a se preîntîmpina nașterea unor copii deficienți nu s-a terminat. Bătălia continuă pe tot parcursul existenței lor pentru recuperare și inserție socială. În țara noastră sînt cca 60 de unități școlare ajutoare pentru copii cu tulburări de vorbire, de vedere, de auz, pentru deficienți motorii etc. Unitățile școlare sînt admirabil dotate, iar majoritatea cadrelor didactice s-a ales dintre psihologi și pedagogi specializați în domeniul defectologiei.

...În școala ajutoare din orașul Bistrița grija pentru cei 250 de școlari pornește de la directorul școlii, profesorul Nicolae Fodor, secondat cu aceeași competență de profesori defectologi, psihologi, pedagogi. Vizităm împreună clasele, atelierele, sălile de gimnastică medicală, dormitoare, bucătăria și sala de mese. Copiii, ca toți copiii, unii zburdalnici, alții mai liniștiți, integrați cu toții însă în aceeași disciplină școlară. Instruirea și recuperarea solicită pe parcursul unei zile întregi eforturile cadrelor didactice și ale personalului sanitar. „În aceste școli, fără dragoste pentru copii nu se poate face nimic” — remarcă în finalul vizitei directorul școlii...

...La Școala generală-cămin nr. 8 din Craiova, pe lângă aceeași firească preocupare pentru ocrotirea și instruirea elevilor, se desfășoară o continuă acțiune de testare a gradului de infirmitate, a deficiențelor asociate pentru adaptarea corespunzătoare a programei școlare la nivelul posibilităților lor. Școala — cu sălile de clasă, cu atelierele, sălile de sport, cu bazinul de înot — strălucește de curățenie și culoare. Lipsa unui picior, a unei mîini, o arsură care a mutilat fața unei fetițe frumoase, infirmități congenitale făcînd dificilă deplasarea sau minuirea obiectelor produc, instantaneu, vizitatorului din afară compasiune, ceea ce este o greșeală pe care educatorii acestei școli

n-o comit. „Noi ne purtăm cu ei firesc, majoritatea sînt copii extrem de inteligenți și sensibili, cărora mila le repugnă și-i îndepărtează”. Cuvintele directoarei, prof. Elena Mihăescu, sînt rostite cu o nemărginită afecțiune, pe care copiii o simt și o răsplătesc la rîndul lor cu atașament și prețuire.

Multiplele probleme sociale pe care le ridică copiii handicapați au fost și în atenția organizației noastre. În primăvara anului 1979, la Consiliul Național, într-o largă consfătuire cu diverși factori educaționali, s-au evidențiat posibilitățile de care dispun comisiile de Cruce Roșie, comisiile de femei, organizațiile de copii și tineret pentru diversificarea și adîncirea sprijinului pe care-l pot oferi celor care au nevoie de ajutorul semenilor lor.

Unanimă a fost dorința de a se organiza mai multe întîlniri, excursii, acțiuni culturale-distractive, de a se sprijini dotarea acestor unități sociale cu mijloace eficiente de propagandă și informare, de a face tot ce este posibil pentru a-i apropia de realitățile de azi ale țării noastre, de a-i integra și de a-i face folositori lor și societății.

În decursul anilor, numeroase au fost scrisorile trimise și redacției noastre, care relateau situații limită; copii părăsiți, bătrîni uitați de familie, familii dezmembrate, bolnavi sau accidentați care aveau nevoie urgentă de asistență socială sau medicală. Pentru situațiile sesizate, instituții, organizații, unități sociale și sanitare solicitate s-au aplecat cu grijă și responsabilitate civică în favoarea rezolvării unor grave probleme de viață pentru cei care ne-au scris. Răspunsurile pe care le-am primit consemnau: „În problema cetățeanului (sau a familiei) X vă comunicăm că, în urma anchetelor sociale, s-au stabilit ca măsuri...” Sau: „Semnatura scrisorii pe care ne-ați trimis-o are dreptate, urmează să se ia măsuri pentru satisfacerea doleanțelor...”. Sau: „În urma consultului medical solicitat pentru tovarăsa X s-au stabilit diagnosticul și tratamentul adecvat...” etc. etc. Modul de soluționare a acestor scrisori de către forurile respective reflectă incontestabil grija deosebită și marea responsabilitate cu care sînt astăzi rezolvate în țara noastră problemele celor temporar loviți de necazuri.

„Împotriva tuturor suferințelor” — această chemare, capabilă să sensibilizeze și să mobilizeze oamenii, cît mai mulți oameni, în acțiuni de solidaritate umană, a atras, cum era firesc, nu numai adulți, ci și pe cei tineri, pe copiii care au găsit destule modalități, de a se împrieteni cu cei de seama lor, cu cei ce puteau să le fie buni, cu cei singuri, fără de familie. Pentru ca, cu încredere, siguranță și speranță nedezmințite aceștia să poată spune: nicodată nu sîntem singuri!

În spiritul nobilelor principii ale umanismului socialist, al normelor de etică și echitate socială se înscriu toate aceste fapte de omenie care sînt proprii cetățenilor României socialiste.

Maria SILEA

I ntr-o succesiune firească, după anul 1979, în care întreaga omenire și-a sărbătorit copiii, simbol al împlinirii și bucuriei vieții, anul 1980 este dedicat tineretului. Propunerea Organizației Națiunilor Unite a fost adoptată de toate statele lumii, care s-au angajat încă de pe acum în proiectarea și organizarea unor asemenea manifestări capabile să exprime năzuințele de pace și progres pentru generațiile de azi și de mâine.

Anticipând evenimentele care vor avea loc în Anul Internațional al Tineretului, oferim paginile următoare unor tineri reprezentanți ai societăților naționale de Cruce Roșie din diferite țări europene care au fost în vara care a trecut oaspeți la Tabera Internațională de tineret a Crucii Roșii române.

Gîndurile și sentimentele lor, exprimate într-o frumoasă dimineață de vară pe malul însoțit al Mării Negre, au avut ca numitor comun aceeași năzuință de prietenie, cooperare, înțelegere între-o lume a creației, învățurii și muncii pașnice.



La Năvodari, în tradiționala tabără a Crucii Roșii, se întîlnesc sub semnul prieteniei și umanității tineri de pretutindeni

UN AN PENTRU TINERETUL LUMII

NURIYE BOK — Turcia

Organizația noastră — Sămiluna Roșie din Turcia — pune mare preț pe activitatea tinerilor ei membri. Pentru că dorim să fim folositori celor din jurul nostru, pentru că există încredere în puterile noastre am preferat, dintre activitățile specifice mișcării de Cruce Roșie, sprijinirea asistenței medicale. Deci, o parte dintre noi frecventează liceele de surori, după absolvirea cărora putem lucra în orice unitate spitalicească. Sîntem astfel gata în orice moment pentru a-i ajuta pe oameni în caz de dezastre naturale sau războaie. Dar războaie nu dorim să fie, și asta depinde și de noi, tinerii. De aceea, considerăm taberele internaționale de tineret, care și în Turcia au o tradiție îndelungată, ca cel mai fericit prilej pentru a ne cunoaște între noi cei din țările vecine și mai depărtate. Dacă lumea de mâine este a noastră trebuie s-o apărăm.

VLADIMIR MILIUKOV — U.R.S.S.

Un principiu care călăuzește Alianța Societăților naționale de Cruce Roșie și Sămilună Roșie din U.R.S.S este de a răspunde inițiativelor, acțiunilor de cooperare mai ales între tineri. Cu plăcere și interes am fost prezenți la toate edițiile Taberei internaționale a Crucii Roșii române, pe care și în acest an am apreciat-o ca foarte reușită.

În activitatea internă, tinerii membri ai organizației noastre, pe lângă contribuția ce și-o aduc la îmbunătățirea ocrotirii sănătății, au în grija lor pe marii invalizi ai eroicului război de apărare a patriei. Acești eroi primesc de la stat tot ce le trebuie și se bucură de un înalt respect. Noi le aducem însă căldura sufletelor noastre tinere. Știind în preajma lor știm că trebuie să răspundem chemării de pace, dezarmare și solidaritate umană.

GYÖRGINE BOTAS — Ungaria

Am fost aici în tabără tineri din 16 țări europene și mi-am dat seama din activitățile pe care le-am desfășurat împreună — demonstrațiile de prim-ajutor, serile naționale, carnavalul taberei, expozițiile — cât de mult ne asemănăm, la această vîrstă a tinereții, indiferent de distanțele care ne despart.

La noi în țară avem multe misiuni de îndeplinit pe linie sanitară, dar și socială, ajutînd pe cei cu situații familiare mai grele și luînd parte la toate acțiunile de solidaritate internațională. În această etapă a vieții sîntem generoși, și această stare de spirit trebuie să fim ajutați să ne-o conservăm, să ne-o dezvoltăm. Astăzi, primim mult de la stat, de la societate și sîntem pregătiți să dăm și noi totul pentru prosperitatea și pacea lumii.

În Anul Internațional al nostru am dori să corespondăm mai mult cu cei de vîrstă noastră din toate colțurile lumii, pentru a ne cunoaște și împrieteni.

BORIS SPASOV — Bulgaria

Acțiunile comune, schimburile de experiență între tinerii membri ai Crucii Roșii bulgare și române reprezintă dovada incontestabilă a prieteniei durabile, a celor-rași aspirații pentru o lume mai liniștită, propice construcției, progresului.

Educația pentru pace începe la noi în țară din anii de școală, aceasta fiind, de altfel, directiva Congresului al XI-lea al Partidului Comunist Bulgar.

Și la noi țelul partidului este „Totul pentru bunăstarea omului“. Noi am înțeles că aceasta cuprinde și trînicia sănătății fiecărui dintre noi. În cadrul Crucii Roșii bulgare se remarcă în acest sens „patrulele sanitare“ formate din elevi, care sesizează abaterile de la normele de igienă din locurile aglomerate, din colectivități. Sub deviza „Eu voi ajuta“, sîntem astfel gata să răspundem la toate solicitările.

În aceste zile, cînd tinerii bulgari se odihnesc și activează în Tabăra Crucii Roșii române, tineri români se află în taberele noastre. Poate că nu-i prea mult să spun că mișcarea internațională de Cruce Roșie oferă și prin aceasta un model convingător de înțelegere și prietenie.

STANISLAV WOZNIEK — Polonia

În Anul Internațional al Copilului au fost organizate cu mare succes concursuri internaționale de desene cu tema „Crucea Roșie, prietenul copiilor“. Cred că acțiunea poate continua și pentru tinerii care vor găsi, desigur, mijloace de exprimare și mai convingătoare despre ceea ce animă azi întreaga noastră generație: pace pe pămînt.

În memoria celor șase milioane de copii și tineri care au pierit în timpul celui de-al doilea război mondial avem datoria să impunem pacea.

KARIN GRÖNSTRÖM — Suedia

Intrînd în organizația de Cruce Roșie — la 7 ani —, copiii și apoi tinerii învață unul dintre principiile de bază ale acesteia, și anume: necesitatea acordării ajutoarelor internaționale în situații excepționale.

În ce privește activitatea în țară, deviza noastră, „Tinerii ajută tinerii“, exprimă aceeași dorință și năzuință pentru ajutoarea semenilor noștri.

OLL TIAINEN — Finlanda

Vin prima oară în România care cred, din cîte am văzut și aflat, că este o țară de excepție. Ne-am împrietenit foarte repede cu cei prezenți aici, și aceasta datorită programului taberei, dar mai ales ospitalității, prieteniei cu care am fost primiți.

DORJA KLEMENAC — Iugoslavia

Un obiectiv al organizațiilor de Cruce Roșie din republicile noastre federative este: educația pentru pace și pentru cooperare internațională. Cred însă că noi, tinerii, n-am făcut destul pentru realizarea acestui obiectiv în toate țările lumii.

În cadrul Taberei internaționale de tineret a Crucii Roșii române de la Năvodari a avut loc și simpozionul cu tema: „Viața și educația tineretului în lumea contemporană“, care a oferit cadrul unor vii debateri, de evidențiere a modalităților de acțiune a tineretului în cadrul mișcării de Cruce Roșie. Ideea comună a tuturor intervențiilor se înscrie ca o promisiune pentru ceea ce tinerii pot să facă în Anul Internațional al Tineretului, pentru ca lumea lor de mîine să fie senină și dătătoare de noi speranțe.



Crucea roșie pretutindeni, pentru toți

Activitatea Crucii Roșii este născută dintr-un înalt ideal; ea a dobândit fără încetare o viață nouă, confruntată cu atât de diverse situații dramatice în care a adus alinare și ajutor.

Dar Crucea Roșie a prins rădăcini pe terenuri extrem de diverse ale acestei planete. Societățile naționale diferă astfel mult una de alta, au configurații proprii: unele au membri mai mulți, altele mai puțini, unele acționează în virtutea unei experiențe îndelungate, altele tocmai se formează. De aceea ele nu au activități sau programe identice.

Principiile Crucii Roșii împreună cu Statutul Crucii Roșii internaționale constituie însă legătura care unește aceste societăți, piatra fundamentală pentru ridicarea unui edificiu solid și bine construit. Ele sînt acelea care fac din Crucea Roșie o realitate, ele sînt acelea care creează unitatea și universalitatea operei sale.

Principiile fundamentale ale Crucii Roșii umanitatea, imparțialitatea, neutralitatea, voluntariatul, unitatea și universalitatea au fost proclamate de către cea de-a XX-a Conferință Internațională a Crucii Roșii, la Viena, în 1965. La acestea au subscris oameni aparținînd tuturor raselor, tuturor culturilor, tuturor opiniilor. Proclamîndu-și unitatea și universalitatea, Crucea Roșie a avut în vedere faptul că natura umană, asemănătoare pretutindeni, va reacționa puternic oriunde va întîlni suferințe.

Alegerea unuia dintre principiile fundamentale ale Crucii Roșii ca temă a Zilei mondiale a Crucii Roșii pentru 1980, respectiv **universalitatea**, concretizată în ideea „Crucea Roșie pretutindeni, pentru toți”, semnifică mai mult ca oricînd faptul că această organizație, care nu s-a edificat pe o idee abstractă, ci pe cîmpul de bătălie, în clipe de tragică suferință de către oameni angajați de bună voie într-o sarcină de mare noblețe, a trăit și va continua să trăiască.

Societatea de Cruce Roșie din Republica Socialistă România, organizație ce și-a aniversat în 1976 o sută de ani de existență, este una dintre societățile ce se manifestă activ în sînul marii familii a societăților de Cruce Roșie. Activitățile sale urmăresc în primul rînd să contribuie la realizarea obiectivelor politicii externe a partidului și statului nostru, dezvoltînd continuu relațiile sale de colaborare cu societățile naționale din toate țările lumii indiferent de structurile sociale sau politice căfora le aparțin.

„Telurile fundamentale ale Crucii Roșii pledează cu toată puterea în favoarea ideii ca ea să-și facă un titlu de onoare din lupta pentru împlinirea dezideratelor prioritare ale omenirii — pacea, dezarmarea, securitatea, lichidarea subdezvoltării, democratizarea relațiilor internaționale, întărirea solidarității popoarelor și a tuturor organismelor internaționale în edificarea unei lumi mai bune și mai drepte pe planeta noastră».

NICOLAE CEAUȘESCU

Orientarea relațiilor externe ale Crucii Roșii române spre dezvoltarea și diversificarea colaborării cu celelalte societăți naționale și cu organismele internaționale ale Crucii Roșii se bazează pe analiza științifică făcută de secretarul general al Partidului Comunist Român, tovarășul Nicolae Ceaușescu, fenomenelor și tendințelor ce se manifestă astăzi pe plan mondial, care demonstrează că există perspective reale pentru ca popoarele să-și impună tot mai mult voința de a trăi într-o lume a păcii și colaborării, de a se dezvolta și conlucra liber pe calea progresului economic și social, a bunăstării și civilizației.

Acțiunile Crucii Roșii române se axează astfel pe cele mai actuale probleme ale mișcării de Cruce Roșie, contribuind prin organizarea unor activități specifice, în promovarea idealurilor umanitare ale Crucii Roșii. De asemenea, la diferite reuniuni in-



ternaționale, organizația noastră s-a pronunțat în favoarea stabilirii unor forme de activitate susceptibile să asigure o participare mai eficientă a Crucii Roșii la soluționarea problemelor majore ale lumii contemporane, formulând propuneri concrete cu privire la îmbunătățirea structurii organismelor internaționale ale Crucii Roșii, la atragerea tuturor societăților naționale la activitățile Ligii și Comitetului Internațional al Crucii Roșii, la adaptarea rolului societăților naționale la schimbările esențiale produse în lume, astfel încât acestea să poată contribui mai mult la promovarea înțelegerii mutuale, a prieteniei și cooperării internaționale.

Manifestându-se constant pe plan internațional, în contextul prestigiului mereu crescând de care se bucură România socialistă și președintele său tovarășul Nicolae Ceaușescu în lumea contemporană, Societatea de Cruce Roșie din țara noastră a avut deosebita cinste de a găzdui la București, în luna octombrie 1977, cel mai înalt for deliberativ al mișcării mondiale de Cruce Roșie, cea de-a XXIII-a Conferință Internațională a Crucii Roșii. Organizarea acestei importante manifestări pentru prima

dată într-o țară socialistă, precum și desfășurarea cu succes a lucrărilor conferinței s-au bucurat de aprecieri elogioase, evidențiindu-se atmosfera și climatul propice unei colaborări fructuoase între toate delegațiile, spiritul creat de deplină egalitate.

Patronarea și inaugurarea oficială a celei de-a XXIII-a Conferințe internaționale a Crucii Roșii de către președintele Republicii Socialiste România, tovarășul Nicolae Ceaușescu, au constituit pentru Crucea Roșie română un prilej de mândrie, aceasta fiind o nouă dovadă a importanței și atenției ce i se acordă Crucii Roșii în țara noastră, a interesului pe care îl manifestă personal președintele țării față de preocupările și sarcinile Crucii Roșii în lumea contemporană.

Fidelă principiilor fundamentale care animă mișcarea internațională umanitară, Societatea de Cruce Roșie din Republica Socialistă România va sărbători Ziua mondială a Crucii Roșii din 1980 prin intensificarea întregii sale activități, pe plan intern și internațional, în spiritul politicii interne și externe a partidului și statului nostru.

Stelian CIUTĂ

Prevenirea și combaterea cauzelor îmbolnăvirilor, prelungirea duratei activității și vieții omului, creșterea unor generații vi-guroase, principii fundamentale ale politicii sanitare a partidului și statului nostru, ce se regăsesc în Proiectul de Directive ale Congresului al XII-lea al P.C.R., se reflectă pregnant și în problema manifestărilor științifice internaționale găzduite de țara noastră în anul 1980.

Ceea ce caracterizează aceste manifestări este organizarea unora dintre ele în colaborare cu foruri internaționale sau din diferite țări, precum și temele de o stringentă actualitate. Astfel, „Zilele medicale de ginecologie”, la prima lor ediție, organizate la București la 30 și 31 mai de societățile de obstetrică și ginecologie din Bulgaria și România, manifestare ce se do-rește a deveni tradițională, va dezbate „Aspecte chirurgicale la femeile din a treia etapă de viață”, temă deosebit de impor-tantă, în contextul dezvoltării medicinei.

Reuniunile organizate de so-cietățile medicale române în co-laborare cu organisme interna-ționale vor continua cu al XXIX-lea Congres al Asociației internaționale de bronhopneu-mologie (5—6 iunie), prefațat de a XII-a Conferință națională de tuberculoză (3—4 iunie), care va dezbate teme de un deosebit interes: integrarea luptei antitu-berculoase în activitatea rețelei sanitare generale, chimioterapia de scurtă durată și aspecte ac-tuale în imunologia tuberculozei.

Comitetul de experți UNESCO în domeniul biofizicii, apreciind dezvoltarea acestei ramuri și a cercetărilor privind apa în siste-mele biologice efectuate în țara noastră, a propus ca reuniunea sa și Conferința internațională cu tema „Apa și ionii în siste-mele biologice” să se desfășoare în anul 1980 în România. Mani-festarea, organizată în colaborare cu Secția de biofizică din ca-drul U.S.S.M., va avea loc la Pi-țești între 25 și 28 iunie.

Al VI-lea Simpozion național de anestezie și terapie intensivă va fi organizat anul viitor de către Societatea română de spe-cialitate în colaborare cu Aso-

ciația anesteziștilor din Marea Britanie și Irlanda, la Brașov (30 și 31 mai) propunându-și să rea-lizeze un valoros schimb de ex-periență.

Primul Congres național de nutriție, organizat de secția de profil din cadrul U.S.S.M. se va desfășura la București între 17 și 20 septembrie, avînd ca temă principală „Alimentația — fac-tor profilactic și curativ”. Medici nutriționiști și specialiști în boli metabolice, cercetători și ingineri din industria alimentară vor dezbate, totodată, aspecte noi în aterogeneză și diabetul zaharat.

Dintre manifestările științifice medicale naționale, găzduite anul viitor de capitala României, la

IN 1980

ROMÂNIA gazda unor prestigioase manifestări științifice

care vor fi prezenți și specialiști de peste hotare, menționăm : al III-lea Congres național de or-topedie (15—17 mai) care va dezbate „Tratamentul scoliozelor” la care școala românească de or-topedie și-a adus un aport meri-toriu, și „Principii de osteosin-teză”, temă mereu nouă prin progresele rapide realizate în do-meniul implantelor. A III-a Con-ferință națională de reumatologie (22—23 mai) va aborda probleme practice și științifice de ultimă oră — mecanismele imuno-pa-tologice în reumatologie, terapia medicamentoasă actuală și pro-grese în recuperarea medico-chi-rurgicală — rezolvate de către reumatologi în cooperare in-

terdisciplinară cu interniști, chi-rurghi, oncologi, hematologi, imu-nologi și specialiști în medicină fizică și recuperare. Al V-lea Congres național de radiologie (28—30 mai) va oferi posibi-litatea unei retrospective asupra progreselor realizate în diagnos-ticul și tratamentul cancerului bronhopulmonar, în bolile tumo-rale de sistem cu localizare me-diastinală, precum și a dezbaterii perspectivei în aceste domenii. Al XXV-lea Congres național de otorinolaringologie (4—6 sep-tembrie) va aduce în dezbattere aspecte privind patologia chirur-gicală cervicală și metode tera-peutice originale în O.R.L., iar în cadrul unei mese rotunde se vor discuta probleme actuale de microchirurgie laringeană. Al IV-lea Congres național de dermatologie (18—20 septem-brie) va avea ca temă „Epiteli-oamele cutanate și melanomul malign”, tumori răspindite și în țara noastră, a căror terapie constituie o preocupare deose-bită a dermatologilor români.

În cunoscutul centru unîver-sitar Cluj-Napoca se va desfășura la 21 și 22 septembrie 1980 Simpozionul național de oncolo-gie, în organizarea societății ro-mâne de profil și a institutului din localitate, în cadrul căruia se va dezbate tema „Aspecte mo-derne ale cancerului mamar”, domeniu în care oncologii clu-jeni au o mare experiență și contribuții originale.

Intrat în tradiția stomatologi-lor noștri, al VII-lea Curs de stomatologie infantilă se va des-fășura anul viitor la Baia Mare, între 1 și 7 iulie, dezbătînd : manifestări buco-dento-maxilare în bolile metabolice, metode de investigație în stomatologia in-fantilă, ortodonția preventivă funcțională în tratamentul ano-maliilor dento-maxilare, grefele și implantele dentare.

Gază a unor importante ma-nifestări științifice medicale, România va oferi posibilitatea participanților de peste hotare să cunoască contribuțiile aduse de specialiștii săi la dezvoltarea asistenței medicale, va asi-gura un cadru favorabil schim-bului de opinii, informații și ex-periență, atît de necesar în dez-voltarea medicinei contemporane.

CALENDAR

1980

- 7 ianuarie : s-a născut tovarăsa academician doctor inginer Elena Ceaușescu, membru al Comitetului Politic Executiv al C.C. al P.C.R.
- 10 ianuarie 1475 : oastea moldovenilor, condusă de Ștefan cel Mare, învinge armatele otomane la Vaslui.
- 13 ianuarie 1875 : a luat ființă „Societatea studenților mediciști din București”, care, la puțin timp după constituire, a fost condusă de socialiști.
- 15 ianuarie 1850 : s-a născut poetul nostru național, Mihail Eminescu (mort în anul 1889).
- 21 ianuarie 1924 : a murit V. I. Lenin.
- 23 ianuarie 1821 : a început mișcarea revoluționară condusă de Tudor Vladimirescu.
- 24 ianuarie 1859 : Unirea Principatelor Române.
- 26 ianuarie 1918 : s-a născut tovarășul NICOLAE CEAUȘESCU, secretar general al P.C.R., președintele Republicii Socialiste România.
- 26—30 ianuarie 1945 : a avut loc primul Congres general al sindicatelor unite, la care s-a creat Confederația Generală a Muncii — organ central al mișcării sindicale.
- 28 ianuarie 1943 : a apărut primul număr al ziarului patriotic ilegal „România liberă”.
- 29 ianuarie 1900 : s-a născut compozitorul Iuliu Mureșianu (mort în anul 1956).
- ianuarie-februarie 1933 : au avut loc eroicele lupte revoluționare ale muncitorilor petroliști și ceferiști conduse de P.C.R.
- februarie 1935 : Plenara C.C. al P.C.R. a votat hotărârea creării Frontului Popular Antifascist.
- 8/21 februarie 1907 : au izbucnit răscoalele țăranilor.
- 9 februarie 1775 : s-a născut Bolyai Farkas, matematician maghiar din Transilvania (mort în anul 1856).
- 10 februarie 1947 : s-a semnat Tratatul de pace dintre România și puterile aliate și asociate, recunoscându-se drepturile legitime ale României asupra Transilvaniei.
- 13 februarie 1785 : a murit în închisoare Crișan, unul dintre conducătorii marii răscoale țăranesti din anul 1784.
- 14 februarie 1948 : s-a constituit Uniunea Femellor Democratice din România.
- 15 februarie 1840 : s-a născut Titu Maiorescu, critic literar, estetician și om politic (mort în anul 1917).
- 21—23 februarie 1948 : a avut loc Congresul de făurire a partidului politic unic al clasei muncitoare din România (P.M.R.), prin fuziunea dintre P.C.R. și P.S.D.
- 27 februarie 1850 : s-a născut pictorul Ioan Andreescu (mort în anul 1882).
- 28 februarie 1785 : au fost executați prin frângere pe roată Horia și Cloșca, conducători ai marii răscoale țăranesti din anul 1784.
- martie 1880 : apare la București, din inițiativa Cercului socialist, broșura „O pagină din socialismul român. Viața și activitatea lui Zubcu Codreanu”, al cărei conținut demonstrează orientarea socialiștilor români către studiarea socialismului științific.
- 6 martie 1945 : instaurarea primului guvern revoluționar democratic cu pronunțat caracter muncitoresc-țăranesc din istoria României, avându-l președinte pe dr. Petru Groza.
- 8 martie : Ziua internațională a femeii.
- 12 martie 1965 : a murit George Călinescu, critic, istoric literar, scriitor și ziarist (născut în anul 1899).
- 14 martie 1883 : a murit Karl Marx.
- 19—20 martie 1922 : a fost creată Uniunea Tineretului Comunist, organizație revoluționară a tineretului din țara noastră.
- 19 martie 1965 : a murit Gheorghe Gheorghiu-Dej (născut în anul 1901).
- 20 martie 1820 : s-a născut Alexandru Ioan Cuza, primul domnitor al Principatelor Unite și al statului național român (mort în anul 1873).
- 23 martie 1945 : s-a legiferat reforma agrară prin care au fost improprietărite circa 900 000 de familii țăranesti.
- 28 martie 1974 : Marea Adunare Națională, consacrind prin votul său unanim voința națiunii noastre socialiste, l-a ales pe secretarul general al P.C.R., tovarășul NICOLAE CEAUȘESCU, președinte al Republicii Socialiste România.
- 30 martie 1880 : a murit generalul Gheorghe Magheru, unul dintre conducătorii revoluției de la 1848 din Țara Românească (născut în anul 1802).
- 31 martie 1893 : a fost constituit partidul politic al clasei muncitoare — Partidul Social-Democrat al Muncitorilor din România.
- martie 1875 : s-a născut Voicu Andreescu-Flureau, militant al mișcării muncitorești din țara noastră (mort în anul 1907).
- aprilie 1944 : s-a realizat, din inițiativa P.C.R., Frontul Unic Muncitoresc dintre P.C.R. și P.S.D.

- 2 aprilie 1925 : a murit Petru Poni, unul din fondatorii școlii românești de chimie (născut în anul 1841).
- 11 aprilie : Ziua internațională a foștilor deținuți, deportați și internați politici antifasciști.
- 14 aprilie 1925 : apare primul număr al ziarului „Viața muncitoare”, organ central al Uniunii sindicatelor unitare din România.
- 22 aprilie 1870 : s-a născut V. I. Lenin.
- 27—30 aprilie 1962 : a avut loc sesiunea extraordinară a Marii Adunări Naționale consacrată încheierii cooperativizării agriculturii.
- mai 1935 : a fost înființată, din inițiativa P.C.R., organizația de masă Blocul democratic.
- 1 mai : Ziua solidarității internaționale a celor ce muncesc. În această zi a anului 1939 a avut loc la București o puternică manifestație împotriva fascismului și războiului. În comitetul de organizare se afla, printre cadrele de frunte, tovarășul NICOLAE CEAUȘESCU.
- 2 mai : Ziua tineretului din Republica Socialistă România.
- 4 mai 1955 : a murit compozitorul George Enescu (născut în anul 1881).
- 5 mai 1818 : s-a născut Karl Marx.
- 8 mai 1921 : a fost creat Partidul Comunist Român.
- 9 mai 1877 : proclamarea independenței de stat a României.
- 9 mai 1945 : Ziua victoriei împotriva fascismului.
- 9 mai 1895 : s-a născut Lucian Blaga, poet, filozof, dramaturg și eseist (mort în anul 1961).
- 15 mai 1948 : a avut loc istorica adunare de pe Cîmpia Libertății de la Blaj.
- 21 mai 1855 : s-a născut C. Dobrogeanu-Gherea (mort în anul 1920).
- 21 mai 1880 : s-a născut Tudor Arghezi, poet, prozator, ziarist și editor (mort în anul 1967).
- 27 mai 1600 : Mihai Viteazul dădea din Iași un hrisov în care se intitula „domn al Țării Românești și Ardealului și Moldovei”.
- iunie 1933 : s-a creat, din inițiativa P.C.R., Comitetul Național Antifascist.
- iunie 1935 : a fost creat Frontul Studentesc Democrat.
- 1 iunie : Ziua internațională pentru apărarea copilului.
- 9 iunie 1948 : începutul revoluției de la 1948 în Țara Românească.
- 11 iunie 1948 : Marea Adunare Națională a votat Legea pentru naționalizarea principalelor mijloace de producție.
- 20—25 iunie 1960 : au loc lucrările Congresului al VIII-lea al P.C.R. (Congresul al III-lea al P.M.R.).
- 30 iunie : Ziua învățătorului.
- 19—24 iulie 1965 : au loc lucrările Congresului al IX-lea al P.C.R.
- 5 august 1895 : moare Friedrich Engels.
- 6/19 august 1917 : trupele române repurtează victoria pe frontul de la Mărășești.
- 6 august 1945 : se restabilesc relațiile diplomatice dintre România și U.R.S.S.
- 15 august : Ziua presei române, prilejuită de apariția, în anul 1931, a primului număr ilegal al ziarului „Scinteia”, organ al P.C.R.
- 17 august 1925 : a murit scriitorul Ioan Slavici (născut în anul 1849).
- 21 august 1965 : România a fost proclamată republică socialistă, iar Marea Adunare Națională a adoptat Constituția Republicii Socialiste România.
- 23 August : sărbătoarea națională a României, marcind începutul revoluției naționale și sociale antifasciste și antimperiale din 1944 care a dus la eliberarea țării.
- 24 august 1820 : a murit scriitorul Ion Budai Deleanu (născut în anul 1760).
- 24 august 1955 : a murit Lothar Rădăceanu, militant al mișcării muncitorești din țara noastră (născut în anul 1899).
- 25 august 1915 : s-a născut Grigore Preoteasa, militant al mișcării muncitorești din țara noastră (mort în anul 1959).
- 30 august 1940 : au loc marile manifestații populare antifasciste împotriva Dictatului de la Viena, pentru independența și integritatea țării.
- 2 septembrie 1950 : a murit Traian Vuia, inventator român, unul dintre precursorii aviației mondiale (născut în anul 1872).
- 13 septembrie : Ziua pompierilor din Republica Socialistă România.
- 17 septembrie 1900 : s-a născut Ioan Fonaghi, militant al mișcării muncitorești din țara noastră (mort în anul 1929).
- 18 septembrie 1895 : s-a născut Leonte Filipescu, militant al mișcării muncitorești din țara noastră (mort în anul 1922).
- 19 septembrie 1895 : s-a inaugurat podul peste Dunăre de la Cernavodă, proiectat și realizat de Anghel Saligny, pod care la vremea respectivă era cel mai lung din Europa.
- 11 octombrie 1875 : s-a născut poetul Șt. O. Iosif (mort în anul 1913).
- 12 octombrie 1825 : a murit scriitorul Nicolae Văcărescu (născut în anul 1784).
- 16—21 octombrie 1945 : au loc lucrările Conferinței Naționale a P.C.R.
- 20 octombrie 1920 : declanșarea grevei generale a muncitorilor din România.
- 25 octombrie : Ziua Forțelor Armate ale Republicii Socialiste România.
- 27 octombrie 1850 : s-a născut Grigore Tocilescu, istoric și arheolog (mort în anul 1909).
- 31 octombrie 1820 : s-a născut pictorul Gheorghe Tattarescu, participant la revoluția de la 1848 (mort în anul 1894).

- 4 noiembrie 1900 : s-a născut Lucrețiu Pătrășcanu, militant de seamă al mișcării revoluționare din țara noastră (mort în anul 1954).
- 5 noiembrie 1880 : s-a născut Mihail Sadoveanu (mort în anul 1961).
- 7 noiembrie 1917 : Victoria Marii Revoluții Socialiste din Octombrie.
- 10 noiembrie 1895 : a murit scriitorul Alexandru Odobescu (născut în anul 1834).
- 10 noiembrie : Ziua mondială a tineretului.
- 9/10 noiembrie 1940 : în timpul cutremurului din acea noapte au fost uciși sub zidurile Doftanei 14 luptători comuniști și antifasciști.
- 12 noiembrie 1850 : a murit Constantin Diaconovici-Loga, scriitor și pedagog (născut în anul 1770).
- 25 noiembrie 1885 : a murit scriitorul Grigore Alexandrescu (născut în anul 1810).
- 27 noiembrie 1885 : s-a născut scriitorul Liviu Rebreanu (mort în anul 1944).
- 28 noiembrie 1820 : s-a născut Friedrich Engels.
- 29 noiembrie 1880 : s-a născut scriitorul N. D. Cocea (mort în anul 1949).
- 1 decembrie 1918 : Unirea Transilvaniei cu România.
- 6 decembrie 1935 : s-a încheiat acordul de la Tebea între Blocul democratic, Frontul plugarilor, MADOSZ și Partidul socialist independent, pe o platformă democratică, antifascistă.
- 13 decembrie 1918 : a fost reprimată sîngeros, în Piața Teatrului Național, demonstrația muncitorească din Capitală.
- 23—28 decembrie 1955 : au avut loc lucrările Congresului al VII-lea al P.C.R. (Congresul al II-lea al P.M.R.).
- 30 decembrie 1850 : s-a născut dr. Nicolae Russel, publicist și militant socialist din țara noastră (mort în anul 1930).
- 30 decembrie 1947 : abolirea monarhiei și proclamarea Republicii Populare Române. La 21 august 1965 țara noastră a devenit Republica Socialistă România.



- 6 ianuarie 1905 : s-a născut prof. dr. Matei Balș, apreciat specialist în boli infecto-contagioase.
- 10 ianuarie 1830 : s-a născut Gheorghe Alexianu, fost profesor de patologie medicală și anatomie patologică la Facultatea de medicină din București (mort în anul 1897).
- 11 ianuarie 1830 : a luat ființă la Iași Cercul medical de lectură, organism premergător al Societății de medici și naturaliști, prima asociație științifică din țările române, constituită în anul 1833.
- 12 februarie 1905 : s-a născut Teodor Burghel, reputat chirurg și urolog, fost președinte al Academiei Republicii Socialiste România (mort în anul 1977).
- 4 aprilie 1880 : Iacob Felix, profesor de igienă la Facultatea de medicină din București rostește la Academia Română discursul său de recepție intitulat „Despre mișcarea populațiunii României”, punînd astfel bazele studiilor de demografie medicală în țara noastră.
- 11 iunie 1930 : a fost adoptată Legea sanitară, elaborată sub conducerea lui Iuliu Moldovan, fost profesor de igienă la Facultatea de medicină din Cluj.
- 22 iunie 1930 : a luat ființă Societatea pentru studiul tuberculozei, din inițiativa unui grup de medici în frunte cu Ion Cantacuzino și Ștefan Irimescu.
- 23 august 1880 : s-a născut Alexandru Clucă, reputat imunolog (mort în anul 1972).
- 16 septembrie 1880 : a luat ființă Societatea farmaciștilor din România.
- 26 septembrie 1830 : în fiecare „despărțitură” a Bucureștilor se înființează cîte o casă „spre cercetarea bolnavilor”, prefigurînd vîltoarele dispensare medicale.
- 1 octombrie 1880 : s-a născut igienistul Dimitrie Mezincescu, fost profesor la Facultatea de medicină din București, organizatorul, în anul 1927, al Institutului de igienă și sănătate publică (mort în anul 1961).
- 1 octombrie 1970 : s-au deschis cursurile noului Facultăți de medicină din Craiova.
- 10 octombrie 1930 : s-a constituit Colegiul farmaciștilor din România care avea ca scopuri apărarea intereselor profesionale și promovarea principiilor deontologice ale corpului farmaciștilor din țara noastră.
- 27 noiembrie 1905 : s-a constituit Sindicatul personalului farmaceutic salariat.
- 1 decembrie 1905 : s-a născut fiziologul Grigore Benetato, fost profesor la institutele medico-farmaceutice din Cluj și București, fost președinte al Uniunii societăților de științe medicale din țara noastră (mort în anul 1972).

Obiectivul anului 2000

Sănătatea pentru toți

Ce evoluții va cunoaște deceniul opt ? Întrebarea este esențială și pentru cel preocupat de organizarea rețelei de asistență medicală și pentru cel răspunzător de dinamica cercetării științifice. Obiectivul anului 2000 „Sănătatea pentru toți” îi vizează pe amindoi. Rezolvarea actualelor probleme de sănătate cuprinde azi : educația sanitară bazată pe cunoașterea metodelor de prevenire a îmbolnăvirilor, promovarea regulilor de igienă alimentară, aprovizionarea cu apă potabilă, protecția mamei și copilului, vaccinarea împotriva marilor boli infecțioase, prevenția și controlul epidemiilor, tratamentul bolilor curente, asigurarea medicamentelor. Abia în ultimul rind tratamentul bolilor și asigurarea medicamentelor. Se admite că această evoluție reprezintă o adevărată revoluție în medicina contemporană, că ea va schimba fundamental practica medicală. Ce schimbări sint prevăzute odată cu aplicarea acestor principii ? Care dintre realizările acestui deceniu va marca evoluția de ansamblu a medicinei ? Ce rezultate se întrevăd pentru ca obiectivul anului 2000, „Sănătatea pentru toți”, să reprezinte încă de pe acum o certitudine ?

La aceste întrebări au avut amabilitatea să ne răspundă personalități marcante ale vieții medicale din țara noastră și de peste hotare. Cu acest prilej subliniem sprijinul prețios acordat în realizarea anchetei de către Uniunea Societăților de Științe Medicale din România.

PREFATĂ

Cînd cea de-a 32-a Adunare Mondială a Sănătății s-a reunit în mai 1979 la Geneva, una dintre sarcinile cele mai importante era de a se ajunge la un consens în legătură cu principiile directoare și factorii care pot permite atingerea obiectivului propus pentru anul 2000 : „Sănătatea pentru toți”. Dincolo de elementele de organizare sanitară, dincolo de planurile și programele prioritare, atenția unanimă a fost îndreptată asupra cercetării științifice. Momentul era semnificativ, determinant în înțelegerea relației dintre cercetare și terapie, așa cum se punea ea azi, în universul afirmării revoluției tehnico-științifice. Un deceniu soldat cu zece premii Nobel — printre care unul aparținînd unui savant de origine română, George Palade — și în care zeci de mil de cercetători au îmbogățit arsenalul teoriei și practicii medicale, a revoluționat cunoștințele fundamentale în domeniul medicinei. Evoluțiile spectaculoase, soluțiile noi, mijloacele terapeutice de o eficacitate uluitoare au creat o imagine optimistă, stenică. Se citează faptul că anual 40 la sută din aparatul medical este perfecționat, oferind mijloace din ce în ce mai fine de investigație, precizie în diagnostic și tratament ; se uită însă că tehnologia medicală este împărțită disproporționat, că în multe maladii eficiența terapeutică este minimă, iar etiologia altora este puțin sau deloc cunoscută.

Deceniul opt va însemna o treaptă în lupta pentru sănătate. O treaptă de aprofundare a cunoștințelor despre sănătate și boală ; o treaptă de speranță și certitudine.

Prof. dr. Emil POPESCU

**HISTO ȘI CITOCHEMIA PĂTRUND ÎN DOMENIUL GENETICII •
INTIMITATEA CELULEI „COLORATE” • CITOFOTOMETRELE,
NOILE APARATE DIAGNOSTICE DE PRECIZIE**

Prof. dr. P. Van DUIN, remarcabilă personalitate a vieții medicale internaționale, este unul dintre inițiatorii histo și citochimiei. Este profesor de histologie la Universitatea din Leiden — Olanda și președinte al Federației internaționale a societăților de histochimie și citochimie.



Încă de la invenția microscopului, cercetările biomedicale au descoperit că organele interne — ficatul, rinichii, creierul etc. — sînt compuse dintr-un foarte mare număr de celule. De exemplu, creierul uman conține nu mai puțin de 10 miliarde celule. Avînd o dimensiune de ordinul 1/100 mm, nu pot fi observate cu ochiul liber. Dar apariția microscopului electronic — cu cîteva decenii în urmă — a dus la cunoașterea mai intimă a acestor celule, punînd în evidență o lume de organisme și mai mici și descifrîndu-le funcțiile. Așa s-a aflat despre existența mitocondriilor, care produc energia necesară mecanismelor celulare, și care la rîndul lor conțin ribosomi. În aceștia se construiesc noi nucleii și produse de „export” — proteine și enzime. De asemenea, în centrul celulelor există un nucleu, care constituie informație genetică ce controlează, într-o anumită măsură, forma și funcția celulei și ce vor deveni urmașii lor. La un nivel și mai redus de organizare decît organismele celulare lumea moleculelor este și ea prezentă, dar nu poate fi observată direct, nici chiar cu microscopul electronic. Totuși complexul mecanism de procese celulare poate fi studiat cu metode biochimice, în care părți mici ale organelor sînt analizate în cultură de bacterii în medii nutritive, cu ajutorul spectrofotometrelor și altor instrumente de mare sensibilitate. Dar chiar și în această situație rezultatele nu sînt întotdeauna cele scontate. De aceea, pentru a studia personalitatea moleculară a celulelor, a fost descoperită ca disciplină histocitochimie.

Marele avantaj al acestei importante specialități este acela că oferă posibilitatea dezvoltării metodelor de colorare celulară de înaltă finețe. Pe lîngă imaginea vizuală clară a celulelor (sub lumină și microscop electronic) se dau și informații asupra elementelor izolate. Pentru că se poate întîmpla ca să existe mari diferențe în compoziția moleculară și în funcțiile lor. După cum există anumite celule din ficat care depozitează produse nutritive și dau impresia că au un mecanism celular diferit de restul celulelor hepatice, care au funcția de a distruge globulele de sînge care au îmbătrînit, ori

bacteriile molipsitoare. Așadar, în cercetarea histochimică, multe substanțe care sînt prezente în celule pot fi colorate, în timp ce forma și identitatea acestora pot fi observate la microscop. Așa a fost descoperită substanța care conduce genetic celulelor, acidul nucleic și, tot cu ajutorul ei, au fost depistate și celulele cancerului, constatîndu-se că sînt diferite de celulele normale, creîndu-se cadrul necesar unor studii și cercetări mai deosebite.

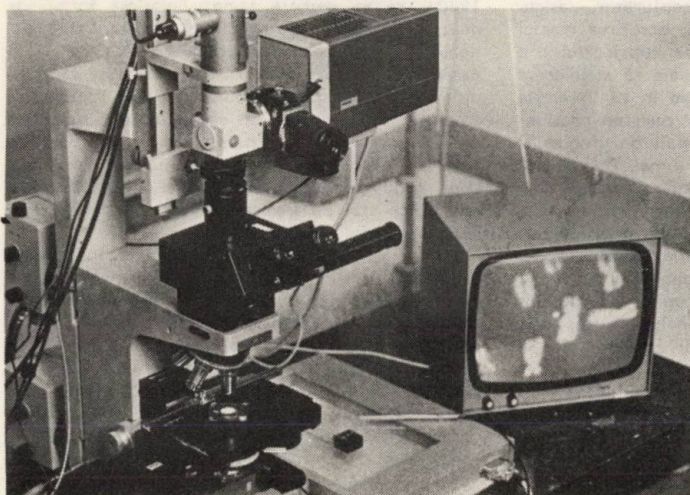
În mod sigur putem afirma azi că metodele histo și citochimice pot ajuta atît la diagnosticarea cancerului cît și a altor maladii. Această aplicație a procedurilor histocitochimice de a diagnostica cancerul încă din anii trecuți a fost ajutată și de realizarea măsurătorilor cantitative de colorare intensivă sub microscop. Cu ajutorul instrumentelor numite citofotometre s-a ajuns la măsurarea acidului nucleic, conducătorul genetic în nucleul celulei simple. Acest procedeu ne-a permis să găsim în masa acidului o cantitate sporită de celule canceroase. De curînd chiar au fost construite microscopice în care celulele colorate sînt nu numai observate pe cale vizuală, dar și măsurate foarte rapid, prin folosirea mișcării građațiilor microscopului, utilizîndu-se o cameră TV și un calculator pentru verificarea datelor. Îmbunătățirea instrumentelor, dezvoltarea noilor metode de colorare citochimice pot mări înțelegerea lumii moleculare, prezentă în fiecare celulă a organismului uman, a animalelor și plantelor. Tehnicile histocitochimice au fost pe rînd aplicate pentru diagnostice de precizie în bolile mușchilor, în cercetarea creierului și în imunologie.

Iată ce mare avantaj pentru știința medicală reprezintă histocitochimie. Eforturile specialiștilor din întreaga lume sînt reunite prin Federația societăților naționale de histocitochimie cu filiale în toate continentele, iar succesele sînt comunicate anual în congrese și simpozioane de mare amploare. Evidențiez cu acest prilej succesele Societății române de histocitochimie, sub președinția prof. dr. Ion Diclescu, care, în anul 1976, a organizat la București al V-lea Congres internațional în acest domeniu, bucurîndu-se de un mare succes. Cel de-al VI-lea Congres internațional de histocito-

chimie se va ține în anul 1980 la Brighton (Anglia).

În strînsă colaborare cu disciplinele apropiate

celulelor luate separat și a organismelor celulare în ansamblu. Această cunoaștere, care se amplifică, despre microcosmosul foarte complex va oferi și

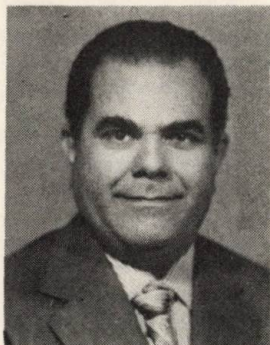


Imaginea cromozomilor transmisă „în direct” pe ecranul televizorului. Urmărindu-se raportul dintre cromozomi, precum și conținutul acidului dezoxiribonucleic, aparatul evidențiază dezordinile genetice

(biochimia și citologia), histocitochimia va releva în viitor mai multe aspecte cu privire la structura

posibilitatea de a conduce mai bine controlul prevenirii bolilor și suferințelor umane.

INTERDEPENDENȚĂ ȘI INTERACȚIUNE PENTRU ATINGEREA UNOR SCOPURI COMUNE • TINERETUL ÎN PREOCUPAREA O.N.U. • O CONTRIBUȚIE NOTABILĂ A ROMÂNIEI



Abdel Salam Dajani, cetățean al Iordaniei, a urmat cursurile Școlii „Collège des Frères” din Jaffa, ale Universității americane din Beirut – Liban, ale Școlii guvernamentale de drept din Ierusalim și ale facultății de drept a Universității din Suffolk – Boston-Massachusetts (S.U.A.).

A ocupat diferite posturi la Organizația Națiunilor Unite din New York și a funcționat în cadrul organizației mondiale cu sarcini concrete în Africa, Asia, Europa și Orientul Mijlociu. În anul 1963 a făcut parte din Misiunea O.N.U. în Malaysia; în septembrie 1965 a fost numit șef al serviciilor destinate centrelor de informare din Divizia de relații externe a Oficiului de informare a publicului al O.N.U. din New York, apoi în aprilie 1972 a fost numit șef al serviciilor publice din aceeași divizie.

Timp de nouă ani, din anul 1967, a fost membru al Consiliului de apel comun al Națiunilor Unite și al Comitetului de numiri și promovări al O.N.U., în anul 1972 a devenit prim-vicepreședinte al acestui comitet.

La 1 iulie 1976 a preluat funcția de director al Centrului de Informare al O.N.U. la București.

Problemele sănătății și bunăstării tuturor popoarelor lumii reprezintă, în esență, potrivit gândirii fundamentale a Organizației Națiunilor Unite și a Crucii Roșii Internaționale, fenomene socio-economice care preocupă din ce în ce mai mult toate țările, indiferent de nivelul lor de dezvoltare, sistem politic, mărime, potențial sau așezare geografică. De aici decurge faptul că O.N.U., în baza vo-

cației sale de universalitate, precum și agențiile ce fac parte din sistemul său, sînt cele mai potrivite să joace un rol de seamă în rezolvarea acestor probleme. Există, de asemenea, o înțelegere clară din partea organismelor internaționale, în mod deosebit din partea Națiunilor Unite, a faptului că soluționarea problemelor ce afectează sănătatea oamenilor în întreaga lume, bunăstarea și

prosperitatea lor nu pot fi obținute izolat de rezolvarea altor probleme majore care confruntă omenirea în zilele noastre, mai ales cele privitoare la decolonizare, dezvoltare, instaurarea noii ordini, dezarmare, protecția mediului înconjurător, asigurarea resurselor de hrană și apă, ocrotirea mamei și a copilului etc. Această viziune cuprinzătoare a dat posibilitate organizației mondiale să stabilească direcții de acțiune interdisciplinare în ce privește metodele practice de abordare a ceea ce consider că este unul dintre factorii esențiali de progres și fericire a omului: sănătatea în lume. Tocmai din această concepție izvorăsc activitățile complexe consacrate problemelor sănătății și îngrijirii acesteia, la care participă într-o măsură mereu crescândă un mare număr de organe, organisme, organizații și agenții aparținând familiei Națiunilor Unite.

Conform concepției și acțiunilor Națiunilor Unite, la care m-am referit mai înainte, nu aş ezita să afirm că problemele asigurării sănătății și ajutorării celor loviți de lipsuri și boli se vor pune cu pregnanță în cadrul negocierilor multilaterale privind problematica majoră a dezvoltării, îndeosebi dacă ținem seama că asemenea probleme constituie o preocupare deosebită pentru țările în curs de dezvoltare. Am în vedere în primul rând sesiunea specială a Adunării Generale a O.N.U. privind noua ordine economică internațională, ce va avea loc în anul 1980, care este chemată să evalueze progresele realizate pînă în prezent și să acționeze în direcția promovării dezvoltării pe multiple planuri a țărilor în curs de dezvoltare și a cooperării economice internaționale. Fără îndoială, adoptarea la această sesiune a deciziilor corespunzătoare, inclusiv cele cu privire la noua strategie internațională a dezvoltării, va avea o înrîurire directă asupra muncii de viitor în domeniul avut în vedere, mai ales dacă raportăm această acțiune majoră la al doilea deceniu al Națiunilor Unite pentru Dezvoltare, în curs de desfășurare, și care urmează să se încheie în 1980. Alte reuniuni importante referitoare la aspectele de bază ale dezvoltării, de natură să influențeze favorabil progresul în domeniul îngrijirii și ocrotirii sănătății, vor fi, după părerea mea, a III-a Conferință generală ONUDI, care se va desfășura la New Delhi între 21 ianuarie și 8 februarie 1980, și va avea drept scop promovarea politicii și măsurilor de intensificare a industrializării statelor în curs de dezvoltare, precum și Conferința Națiunilor Unite cu privire la resursele de energie noi și recuperabile (care va avea loc în anul 1981). Conferința avută în vedere este menită să promoveze aceste tipuri de energie care să contribuie la satisfacerea tuturor cerințelor viitoare, inclusiv ale țărilor în curs de dezvoltare. Este important să se aibă în vedere faptul că această din urmă conferință va avea loc pe fundalul Deceniului internațional al resurselor de apă potabilă și al protecției sanitare (1981—1990), ceea ce ilustrează în mod elocvent interdependența și interacțiunea activităților întreprinse pentru atingerea unor scopuri comune. Dintre reuniunile și manifestările sectoriale similare ce sînt

în evidență natura interdisciplinară a temei pe care o discutăm, aş putea menționa Conferința Mondială a Națiunilor Unite privind femeile (care se va desfășura la Copenhaga, între 14 și 30 iulie 1980), ce va dezbate tema „Folosirea forței de muncă, sănătatea și învățămîntul”, Anul Internațional al persoanelor handicapate (1981) și Adunarea Mondială privind persoanele în vîrstă (1982), ultimele două acțiuni definindu-și prin titlatură scopurile și obiectivele. În sfîrșit, aş mai menționa Anul Internațional al Tineretului, care va servi la mobilizarea eforturilor vizînd promovarea celor mai bune condiții educaționale, profesionale, de sănătate și de trai pentru cei chemați să participe la făurirea viitorului omenirii.

Pentru a atinge idealurile nobile înscrise în Carta O.N.U. cu privire la prosperitatea, și implicit sănătatea, starea sanitară și mediul înconjurător ale tuturor, esențial este rolul statelor membre, îndeosebi voința și hotărîrea lor politică de a acționa împreună, în cadrul instituțional oferit de Națiunile Unite, în scopul găsirii unor soluții durabile, echitabile și juste la problemele contemporane majore, de care sănătatea lumii este strîns legată.

În această privință este de subliniat că Republica Socialistă România și-a adus o contribuție notabilă, alături de alte state membre, la activitățile O.N.U. dedicate soluționării problemelor sănătății în întreaga lume, participînd constructiv și imaginativ la aceste activități desfășurate de organele și organismele respective ale organizației mondiale și de astfel de agenții specializate și organizații, cum sînt Organizația Mondială a Sănătății, Crucea Roșie Internațională, UNESCO, Organizația Internațională a Muncii și altele.

Sînt încîntat să spun că abordarea pozitivă de către România a problemelor la care ne referim s-a reflectat direct asupra relațiilor concrete de cooperare stabilite pe parcursul anilor între centrul nostru și Consiliul Național al Societății de Cruce Roșie. De pildă, revista „Sănătatea” a primit continuu materiale informaționale pertinente ale Națiunilor Unite pe care le-a publicat în paginile sale, iar Consiliul Național a organizat manifestări reușite pentru marcarea unor aniversări importante ale O.N.U., folosind în acest scop filme și material audio-vizual furnizat de Centrul de informare. Toate acestea constituie o bună ilustrare a măsurii sprijinului de care se bucură O.N.U. și Crucea Roșie Internațională din partea guvernului și opiniei publice române.

Aș dori să mă folosesc de acest prilej pentru a transmite sincere mulțumiri Consiliului Național al Societății de Cruce Roșie și tuturor celorlalte instituții interesate pentru întregul lor sprijin și înțelegere manifestat fără rezerve, ca o garanție sigură, a succesului muncii noastre comune puse în slujba cauzei nobile a sănătății în lume.

REUSITE ȘI SPERANȚE ÎN ÎNCETINIREA PROCESULUI DE ÎMBĂTRÂNIRE • MEREU TINĂRA PROCAINĂ • UN NOU PRODUS ROMÂNESC : ASLAVITALUL PENTRU COPII • VIITORUL APĂRȚINE CELOR DE 130 DE ANI



Acad. Ana Aslan obține doctoratul în medicină în anul 1924 cu specialitatea medicină internă-cardiologie, la care, în anul 1948, adaugă gerontologia și geriatria. Între anii 1945-1949 este profesor la clinica medicală din Timișoara. Opt ani mai târziu, Ana Aslan este aleasă membru de onoare al Uniunii Medicale Balcanice. În același an i se conferă titlul de Doctor Honoris Causa al Universității Bragança Paulista, Sao Paulo. În anul 1974 este aleasă membru al Academiei R.S.R. Este director general al Institutului național de gerontologie și geriatrie, membru al peste 30 de societăți științifice din țară și de peste hotare, consilier temporar al Organizației Mondiale a Sănătății în anii 1963, 1975, 1976, 1977 și delegat național la O.N.U. pentru probleme de gerontologie, 1978.

Încă din anul 1952 când a luat ființă, la noi în țară, primul institut din lume de geriatrie — finalizare a gândirii științifice a savantului de renume mondial C. I. Parhon —, geriatria și apoi gerontologia aveau să facă niște salturi spectaculare, scoțând în relief — și în acest domeniu medical — faima școlii medicale românești. Desigur că drumul nu a fost ușor, el presupunând o muncă titanică a unor colective de specialiști din diverse domenii de activitate, nenumărate experiențe de laborator și bineînțeles multă inițiativă și creativitate. Dar toate acestea nu ar fi fost posibile dacă nu am fi beneficiat de o puternică bază tehnico-materială și excelente condiții create de partid și de stat pentru desfășurarea activității, culminând cu ceea ce a devenit în ultimii 10 ani institutul nostru.

Vorbind de Gerovital H3, Aslavitul și toată suita de produse medicamentoase utilizate pe scară largă în terapie, ne reamintim de „mereu tinăra procaină”. De fapt primele noastre cercetări în acest domeniu datează din 1945, valorificând o idee a savantului francez René Leriche cu privire la folosirea procainei pentru tratarea tulburărilor arteriale și trofice și când ne-am gândit să o folosim în terapia diferitelor forme de reumatism, printre care și a genunchilor.

Aplicând această metodă de tratament și la bătrâni — încurajați fiind și de profesorul C. I. Parhon, am observat o îmbunătățire remarcabilă a stării generale a acestora. La început primii pacienți au fost colaboratorii noștri, prietenii și rudele apropiate, pentru ca în prezent să avem de îngrijit suferinzi din toate continentele, circa 250 000 anual. Participând la nenumărate simpozioane și congrese în Europa, America Latină, Africa, Asia și Australia ca ambasadori ai științei medicale a României socialiste, am avut satisfacția aprecierii activității noastre și efectului pe care îl au medicamentele biotrofice.

Cunoașterea evoluției procesului de îmbătrânire și a posibilității de întârziere a acestuia este o problemă de actualitate în multe țări ale globului,

meritul de premieră și de experiență fructuoasă revenindu-i însă țării noastre. Am prezentat la ultimul Congres al Asociației Internaționale de Gerontologie un amplu studiu cu această temă, care acum se află sub tipar. El a fost întocmit împreună cu un colectiv de 17 medici, chimiști, biologi, care au urmărit problema atât în cadrul specialității, cât și în ansamblu. Recent, am terminat experimentarea de laborator și clinică a unui nou și valoros produs ce va fi folosit în terapia pediatrică: Aslavitul pentru copii. Pentru aceasta am efectuat o serie de cercetări științifice, împreună cu dr. Alexandru Vrabiescu și colaboratorii, iar medicamentul — după indicațiile date — a fost realizat întâi în microproducție. Într-o lucrare „dublu-orb” am arătat că Aslavitul pentru copii este activ în întârzierile mintale cât și la copiii post-encefalitici. De fapt și aici am fost fideli continuatori ai principiilor lui C. I. Parhon, care socotea că profilaxia bătrâneții trebuie începută încă din copilărie și continuată pe diferite etape de vîrstă. În privința aceasta, menționăm că medicamentul poate fi administrat chiar de la vîrsta de 2 ani. De fapt noi am făcut experimentul Aslavitului de la 2 ani și pînă la vîrsta de 116 ani, când am tratat cel mai vîrstnic pacient din cîți am îngrijit, cunoscutul Parseh Margosian, despre care s-a vorbit mult în presa și literatura de specialitate din țară și de peste hotare. Astfel, în privința întârzierii procesului de îmbătrânire, bazat pe cercetările noastre experimentale de prelungire a vieții, Hracovech citează: „Experiențele pe animale efectuate de Aslan și colaboratorii săi au demonstrat posibilitatea întârzierii procesului de îmbătrânire”.

Dar nu de la bun început, medicamentul geriatric românesc și-a cîștigat locul pe care îl merita pe arena internațională. Menționez acum, după atîția ani, rezistența întîmpinată din partea unor specialiști din Occident, care spuneau atunci că s-a terminat cu „cîntecul procainei”. Profesorul Corbet, eminentă personalitate în domeniu, discutînd despre antidepresive, citează azi procaina (Gero-

vital H3) ca un excelent medicament antidepresiv, afirmînd: „După nenumărate experiențe, ne-am convins că această terapie este foarte activă, între altele, în stările depresive și artrită”.

Recent, în secția de biologia îmbătrînirii, un grup de cercetători tineri și valoroși din institutul nostru a atacat problema îmbătrînirii la nivel celular și molecular, acțiunea medicamentelor la acest nivel, ca și studiul membranei celulare în raport cu vîrsta. Toate acestea vor îmbogăți și mai mult cunoașterea mecanismelor intime ale îmbătrînirii, dacă avem în vedere faptul că specialiștii de pretutindeni au propus cîteva sute de teorii în acest sens. În ceea ce ne privește credem că la baza procesului de îmbătrînire nu stă un singur mecanism, ci sînt însumate mai multe mecanisme, care conduc la degradarea organismului, la diminuarea funcțiunilor în raport cu vîrsta, la starea

Concomitent cu această activitate curativă, ținînd seama de recomandările făcute de către conducerea noastră superioară de partid, am extins numărul centrelor gerontologice în țară, profilîndu-le pe probleme de profilaxie a îmbătrînirii, începînd cu persoanele active, în special din centrele muncitorești. De fapt, începutul în acest sens l-am făcut la Uzinele „1 Mai” din Ploiești, cînd am luat în studiu persoane active între 40 și 60 de ani. Aici s-a aplicat tratamentul la oameni între 40—60 ani, care în urma terapiei de specialitate au devenit mai activi, dispărîndu-le micile fenomene de oboseală și muncind cu mai multă plăcere. Pe baza rezultatelor obținute secția socială a institutului împreună cu secția-clinică au lărgit pînă la aproape 200 aceste centre de profilaxie, acest lucru prezentînd atît pentru noi cît și pentru străini un interes deosebit. Remarca aparține și Organizației



Experiențe în cadrul laboratorului de testări al Institutului de gerontologie și geriatrie. Studiile și experimentele efectuate aici cu Aslavital demonstrează posibilitatea întîrzierii considerabile a procesului îmbătrînirii.

generală de slăbire și lipsă de activitate. Intuind și verificînd aceste idei, le-am experimentat în timp și valorificat în practica medicală, nemaexistînd dubiu din partea nimănui. Tratamentele cu produsele Gerovital H3 și Aslavital ce se instituie în întreaga lume au demonstrat vîrstnicilor respectivi au avut o viață deosebit de lungă și activă, aproape nemairesimțind anii vîrstei lor. Mărturie ne sînt vizitele lor de curtoazie la institutul nostru și miile de scrisori de mulțumire.



Condiții optime pentru o bătrînețe liniștită la Casa de bătrîni din Iași, una dintre cele mai noi unități de acest gen din țara noastră

Mondiale a Sănătății și Asociației Internaționale de Profilaxie.

Ce va fi în viitor gerontologia, cum se va dezvolta și cît va trăi omul? Iată întrebări la care deja se dau răspunsuri prin creșterea duratei medii de viață și a longevității, prin menținerea capacităților intelectuale și fizice pînă la cele mai adînci bătrîneți, pe care noi, specialiștii, nu le concepem sub 120—130 de ani.

REINTOARCERI „SĂLBATICE” ALE ENTEROVIRUSULUI 71 • VIRUȘII LENȚI SE AFLĂ LA ORIGINEA TUTUROR NEUROINFECȚIILOR VIRALE • NUMITORUL COMUN AL PATOGENEZEI SISTEMULUI NERVOȘ • EREDITATE SAU INFECȚII CU PERICULOȘII VIRUȘII LENȚI ?

Director al catedrei de neurologie de pe lângă Institutul de neurologie din Sofia din anul 1956, acad. Sacho Nikolov Bojinov este o personalitate marcantă a școlii bulgare de medicină, președinte al Societății bulgare de neurologie, este membru onorific al Societății franceze de neurologie, din anul 1965, și al Asociației belgiene de neurologie, din anul 1971. A fost ales vicepreședinte al mai multor congrese internaționale de neuropatologie și neurologie. Prof. dr. Sacho Bojinov a publicat peste 220 de studii în limbile bulgară, rusă, franceză și engleză privind aspecte ale bolilor inflamatorii, distrofice și toxice ale sistemului nervos, ca și asupra tumorilor sistemului nervos.



Problemele neuroinfecțiilor, și mai ales cele ale neuroinfecțiilor virale, au cunoscut o mare extindere în activitatea de cercetare, concomitent cu sporirea posibilităților metodice ale virusologiei, neuropatologiei, microscopiei electronice, histochimiei electronico-microscopice și neurochimiei. În ultimii 20 de ani am fost martorii apariției unei deviații serioase de la calea devenită clasică pentru descoperirea speciilor de neuroinfecții virale acute, așa-zisa „slow viral infection”.

Studiul clasic al neuroinfecțiilor virale acute s-a îmbogățit constant cu observații și cercetări interesante, de care s-au ocupat neurologii, infecționiștii, patomorfologii și mai ales virusologii. Merită subliniate succesele realizate de examenul infecțiilor entero-virale, ca și numărul în creștere al noilor sufe, stabilite biologic. În afară de acestea se remarcă o tendință spre modificarea neuropatogenezei unor enterovirusi, mai ales după profilaxia favorabilă a bolii Heine-Medin.

Enterovirusul 71, de exemplu, care era mai înainte considerat ca nefiind în mod special neuropatogen (în afara citorva epidemii în S.U.A., Suedia, Australia și Japonia) a provocat epidemii grave în 1975 în Bulgaria, în 1978 în Ungaria. Pe fondul meningitelor seroase benigne, în masă la adulți, se observă la copii paralizii poliomielitice tipice, iar la cei care nu depășesc vârsta de 4 ani — polio-encefalomielite cu final fatal de la câteva ore la câteva zile. În toate cazurile anatomopatologice examinate substanța gri a regiunii hipotalamice manifestă o necroză inflamatorie (investigarea în Bulgaria a fost făcută sub conducerea mea, în timp ce aceea efectuată în Ungaria a fost condusă de prof. dr. Tariska). La Varna, în 1978, una din sesiunile Congresului internațional de boli infecțioase a fost consacrată problemelor legate de patogeniza enterovirusului 71 și modificării sale.

În ceea ce privește viitorul, se pune întrebarea dacă după lupta încununată de succes împotriva poliomielitei există condiții biologice pentru „reîntoarceri sălbatice” ale unor sufe enterovirale, care până în prezent nu au manifestat o neuropatogenză deosebită ?

Doresc să mă opresc, de asemenea, asupra semnificației deosebit de actuale a virusologiei și neurologiei contemporane și mai ales asupra teoriei „slow viral infection” (infecție cu virus lent) descoperite, pentru care în 1976 Gajdusek a primit Premiul Nobel. S-a constatat că anumiți virusi clasici, așa cum este virusul rujeolei, rămânând în organismul copilului chiar după boala acută, pot căpăta proprietăți de virus „lent”, provocând o pancefalită subacută cu prognostic malign. Această encefalită a fost descrisă de Dawson, van Bogaert și Pette-Döring ; ea a constituit, de asemenea, obiectul mai multor investigații de peste 20 de ani întreprinse de noi în colaborare cu G. Ouzounov și Iv. Georgiev. Ultimii ani ne-au atras atenția asupra particularităților clinice ale cazurilor cronice (5—13 ani). Caracteristic pentru acest virus este că el provoacă în organism și în creierul bolnavului o schimbare imunologică accentuată. Gajdusek și colaboratorii săi au dezvoltat o nouă particularitate interesantă a acestei probleme : stabilirea unor virusi care provoacă nu numai encefalite, dar și encefalite spongioase, fără a se putea obține din partea organismului bolnav un răspuns imunologic. S-a format chiar un grup de boli denumite „encefalite transmise spongioase” : boala Kuru-Kuru (întâlnită la populația indigenă din Noua Guinee), máladia Kreutzfeld-Jakob și câteva boli întâlnite la animale. Virusii promotori ai acestor boli pot fi transmiși de la om la animal. Deși proprietățile acestor virusi sînt azi cunoscute ei nu au putut fi încă vizualizați nici cu ajutorul microscopului electronic.

Deosebit de esențial pentru viitor este de a putea răspunde la întrebarea : bolile sistemului nervos cu progres cronic, a căror etiologie nu este clarificată pînă în prezent nu sînt infecții cu virusi lenți ? Ar fi vorba în acest caz de scleroza în plăci, de grupul demențelor pre-șenile progresive, care azi fac obiectul multor cercetări.

Aș mai vrea să subliniez, în sfîrșit, că odată cu descoperirea virusilor lenți — care pot provoca nu

numai leziuni inflamatorii, ci și leziuni distrofice ale sistemului nervos și care sînt cauza unor maladii considerate altădată ca ereditare (se discută încă la cîteva dintre ele de rolul eredității ca în cazul demenței transmise Kreutzfeld-Jakob) — s-a

găsit mijlocul de cercetare al numitorului comun al patogenizei proceselor exogenice și endogenice ale sistemului nervos, care erau pînă în prezent strict delimitate unele de altele.

OBIECTIV — STUDIUL EVOLUȚIEI BIOLOGICE • SÎNT NECESARE NOI CUNOȘTINȚE FUNDAMENTALE • FACTORII SOCIALI PATOGENI DETERMINĂ O NOUĂ PEDIATRIE • ÎN DOMENIUL NOSTRU CERCETAREA A DEVENIT MAI EXHAUSTIVĂ ȘI, POATE, MAI UMANĂ

După absolvirea studiilor de medicină la facultatea din Milano, prof. dr. Ettore Rossi a profesat la Lucarno, Milano și Zürich. În 1942 obține docența la Facultatea de medicină din Zürich, iar în 1965 este numit profesor și director al clinicii universitare de pediatrie din Berna.

Doctor Honoris Causa al Universității din Rio de Janeiro și a Universității Clermont-Ferrand, membru onorific a numeroase societăți de medicină, prof. dr. Ettore Rossi este în prezent secretar-trezorier al Asociației Internaționale de Pediatrie.



Toți cei care lucrează în domeniul pediatriei resimt la ora actuală o nevoie acută de a-și întoarce privirile asupra problemelor de sănătate generală, de a nu se mai limita la patologia strict oferită în propria țară, de a colabora, de a participa la o mare acțiune de întraajutorare pe plan mondial. Anul 1979, declarat ca An Internațional al Copilului, ar trebui să constituie un puternic resort pentru a stimula o acțiune energetică în acest sens. Activitatea clinică și cercetarea științifică în pediatrie pot să evolueze numai cu această concepție integrală.

Evoluția socială a creat un climat nou care a dat noi dimensiuni activității clinice și a antrenat în același ritm cercetarea științifică. Aceasta trebuie să se îndrepte în mod special spre studiul evoluției biologice a organismului, făcînd apel, printr-un efort interdisciplinar. Dar situația economică internațională a impus limite, cîteodată foarte stricte, evoluției științei. Consecința a fost un filtraj riguros al programelor de cercetare, controlul economic a devenit mereu mai strîns și a luat locul controlului științific. Cercetarea științifică, așa cum susține Kretechmer, a trebuit astfel să furnizeze rezultate în domenii cu consecințe sociale imediate, străduindu-se să se sprijine pe cunoștințele fundamentale anterioare, considerate ca suficient de complete. Este evident că o asemenea filozofie, care se răspîndește din ce în ce mai mult, devine foarte periculoasă, va duce inevitabil la o încetinire a dinamicii cunoștințelor noastre fundamentale. Consecința va fi frînarea serioasă, într-un viitor nu prea îndepărtat, atât a evoluției clinice cît și sociale.

Dispariția poliomielitei este rezultatul unor studii

de laborator care la început au fost cercetare pură, fără nici o premisă de ordin practic. Noțiunea de scop practic le era cu totul străină acelor cercetători și o aplicație capitală a fost obținută între timp. O analiză a evoluției cercetării pediatrie în cursul ultimilor 30 de ani ne permite să constatăm că au fost depășite mai multe etape, foarte importante. Foarte adesea ele au condiționat întreaga cercetare medicală. Capitolul bolilor infecțioase, care la începutul secolului reprezenta problema cea mai captivantă a cercetării, a evoluat prin abordarea domeniului imunologiei. La noțiunea azi depășită de agent infecțios, mai mult sau mai puțin virulent, s-a adăugat astfel cea de apărare a organismului. Cunoașterea antigenilor specifici, ca cei ai sistemului HL-A, deschide orizonturi noi, mai ales legate de problema transplanturilor. Bolile cu o cauză congenitală a metabolismului au găsit în genetică, apoi în analiza biochimică, o explicație științifică a modului lor de apariție și, prin urmare, au oferit posibilități de profilaxie. Problemele alimentației prematurului și ale nou-născutului, în general, sînt studiate azi cu aceeași rigoare științifică ca oricare alt capitol al pediatrie. O solidă cunoaștere științifică a luat locul regulilor empirice utilizate pînă acum. Noile noastre achiziții în domeniul biologiei moleculare și noile metodologii în manipularea acidului dezoxiribonucleic (ADN) lasă să se întrevadă, pe plan practic, posibilitatea de a modifica moștenirea cromozonică individuală.

Interesul pentru factorii sociali patogeni, ca și luarea în considerare a componentelor psihologice



Pentru a marca cea de-a XX-a aniversare a Declarației privind Drepturile Copilului, O.N.U. a proclamat 1979 — An Internațional al Copilului. Unul dintre principalele drepturi înscrise în acest document este dreptul la o dezvoltare bio-psihică armonioasă

ale copilului au determinat nașterea unei noi pediatrii aproape nebănuită în urmă cu câțiva ani. Copilul handicapat, cel care nu cunoaște căldura afecțiunii materne, cel care trebuie să trăiască în condiții familiale precare, au condus la studiul științific al unui capitol al pediatriei care va trebui dezvoltat în viitor.

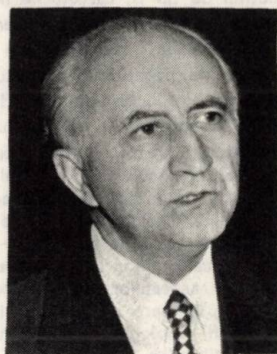
Toate aceste considerații au sporit necesitatea stabilirii unor legături interdisciplinare permițând schimbul reciproc de informații și cercetarea copilului în accepția cea mai completă.

În disciplina noastră, cercetarea modernă a devenit astfel mai exhaustivă și poate mai umană.

O SINGURĂ BOALĂ A FOST ERADICATĂ — VARIOLA • AȘA-ZISA „CUCERIRE” A BOLILOR INFECȚIOASE EXPRIMĂ O CONCEPȚIE EUFORICĂ • OBIECTIVE NOI ÎN PRIM-PLANUL CERCETĂRII ȘI PRACTICII MEDICALE

Prof. dr. Marin Gh. Voiculescu obține titlul de doctor în medicină și chirurgie al Facultății de medicină din București în 1941, iar în 1959 pe cel de doctor docent în științe medicale. Din anul 1949 lucrează ca profesor la Clinica de boli infecțioase din cadrul Institutului de medicină și farmacie din București. În 1962 i se atribuie și titlul de Medic Emerit. Între ani 1953 și 1955 este numit decan al Facultății de igienă din București, apoi din 1962 până în 1979 decan al Facultății de medicină generală din București. Este membru al Academiei de Științe Medicale, președinte al Uniunii Societăților de Științe Medicale din R. S. România, președinte al Societății de Patologie Infecțioasă, membru corespondent al Academiei R. S. România și membru în comitetul Societății Internaționale de Boli Infecțioase și Parazitare.

Activitatea sa științifică cuprinde circa 300 de lucrări în patologia infecțioasă (majoritatea lucrărilor), metodologia și etica cercetării științifice în medicina clinică, orientarea și concepția în domeniul ocrotirii sănătății, experimentarea medicamentelor în clinică, probleme de graniță ale medicinii.



Rezultatele terapeutice și profilactice în domeniul bolilor infecțioase se înscriu printre succesele cele mai spectaculoase ale medicinei într-un secol de luptă. Ele s-au obținut în strânsă legătură cu progresele etiologiei, clinicii și epidemiologiei acestor

boli, începând încă de la sfârșitul secolului al XIX-lea și continuând până în prezent. În ansamblul acestor realizări, țara noastră s-a impus cu contribuții de valoare universală, datorită descoperirilor făcute de cunoscuții savanți — cu renume

mondial — în domeniul bolilor infecțioase: Victor Babeș, Constantin Levaditi, Ion Cantacuzino și Ștefan Nicolau.

Școlile pe care aceștia le-au creat, cu numeroșii lor elevi, precum și școlile de clinicieni, în frunte cu Grozovici, Mironescu, Stroie, Brukner, Balș — au dus mai departe și au perfecționat opera ilustrațiilor lor înaintași, situând țara noastră printre primele țări din lume în ceea ce privește scăderea multora din bolile infecțioase. Astfel, amintim: eradicarea febrei recurente, eradicarea malariei (1961), eradicarea difteriei, eradicarea brucelozelor, reducerea morbidității prin febra tifoidă de la 49 cazuri la 100 000 locuitori, în 1945, la numai 0,6 în anul 1977. De asemenea mai semnalăm reducerea morbidității prin tetanos la 0,2 la 100 000 locuitori (una din cele mai scăzute din lume) și a poliomielitei (câteva cazuri sporadice).

Și pe plan terapeutic s-au obținut succese importante. Astfel, mortalitatea în scarlatină a dispărut, cea prin febră tifoidă se apropie de același rezultat, iar în infecțiile severe, cum sînt meningitele purulente și septicemiile, pierderile sînt printre cele mai mici în ansamblul statisticilor pe plan mondial.

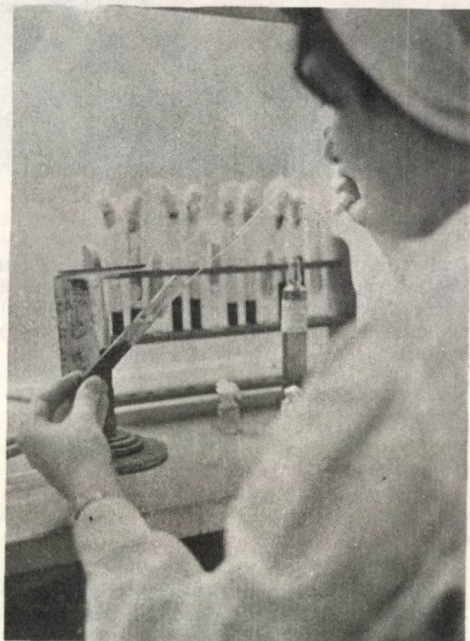
Toate aceste succese sînt urmarea în primul rînd a înțeleptei politici sanitare a partidului și statului nostru, a excelentelor condiții ce ni s-au creat în anii socialismului. Ele s-au reflectat în scăderea morbidității generale și infantile, în întărirea stării de sănătate a populației țării noastre, contribuind, între altele — la creșterea duratei medii a vieții.

Ținînd seama de experiența școlii medicale românești în acest domeniu, multe din temele și metodele sale de studiu și cercetare sînt privite cu interes în lumea medicală de peste hotare. Evidențiem studiile privind hepatita virală de tip B, cu stabilirea criteriilor de diferențiere, clinice și biochimice, stabilirea potențialului de cronicizare al hepatitei de tip B, cercetările hepatitei virale la gravide și a hepatitei cu caracter profesional și profilaxia acesteia, monitorizarea terapiei cazurilor severe de hepatită virală, studiile privind infecțiile cu stafilococi rezistenți la antibioticele uzuale și rolul acestora în epidemiologia infecțiilor intraspitalicești (printre primele pe plan mondial), profilaxia tetanosului cu ajutorul unei metode originale de imunizare rapidă, perfecționarea terapiei infecțiilor digestive de origine bacteriană.

O altă serie de cercetări — prezentate de altfel și cu ocazia unor simpozioane și congrese — s-au adresat aspectelor noi ale patologiei infecțioase actuale, în care au survenit importante schimbări, ca profil etiologic, aspect clinic, germeni rezistenți la antibiotice, infecții cu germeni condiționat patogeni etc.

Aceste studii și publicații au atras atenția medicilor asupra tendințelor patologiei infecțioase așa cum se profilează în perspectivă. Dar, cu toate succesele obținute în domeniul patologiei infecțioase nici o țară nu poate să considere că a „lichidat” complet bolile infecțioase. Pe plan mondial o singură boală a fost eradicată, variola. Dar

patologia infecțioasă continuă să prezinte numeroase probleme nerezolvate, sau altele noi, apărute. Iată cîteva exemple într-o scurtă enumerare: multe boli virale (hepatita, virozele respiratorii, encefalitele etc.) nu sînt încă controlate, terapeutic și profilactic, infecțiile bacteriene (salmonelozele, dizenteria, pneumoniile, meningitele, anginele, septicemiile) pun încă probleme grele, mai ales pentru creșterea rezistenței germenilor respectivi la antibiotice, iar infecțiile intraspitalicești nu sînt controlate suficient.



Cercetări românești privind criteriile de diferențiere și stabilirea potențialului de cronicizare în hepatita virală de tip B au îmbogățit arsenalul metodologic și terapeutic al medicinei

Din cele peste 200 de zoonoze cîte se cunosc în lume (boli transmise de la animale), majoritatea continuă să fie un pericol pentru sănătatea omului. În același timp, bolile infecțioase și parazitare din zonele tropicale amenință cu răspîndirea în zonele temperate. De asemenea, asistăm la o patologie infecțioasă nouă, schimbată prin profilul etiologic și clinic și dominată de germeni rezistenți la antibioticele uzuale. Unii specialiști își

exprimă chiar teama că am putea intra din nou într-o eră similară cu cea preantibiotică.

Pentru aceste motive așa-zisa „cucerire a bolilor infecțioase” exprimă mai curînd o concepție „euforică” a unor persoane insuficient informate și care ar putea conduce la o demobilizare sau pasivitate față de numeroasele probleme actuale ale patologiei infecțioase.

Personal consider că specialitatea bolilor infecțioase trebuie să-și păstreze poziția importantă, pentru a acționa permanent și a păstra o atitudine de vigilență continuă față de orice amenințări ale lumii prin numeroasele boli infecțioase și parazitare, care în unele zone de pe glob afectează încă sute de milioane de oameni.

Specialistul de boli infecțioase trebuie să devină, din ce în ce mai mult, un consultant utili-

zat de toate specialitățile (medicale și chirurgicale) pentru un mai bun diagnostic al infecțiilor și a utilizării științifice a antibioticelor.

Viitorul bolilor infecțioase se conturează desigur spre o scădere treptată a acestora, dar pentru obținerea acestui important scop rămîne încă mult de lucru în cercetarea științifică și aplicarea în teren. În ce privește activitatea specialiștilor români, aceasta este ferm orientată de prevederile înscrise în Programul partidului referitoare la accentul necesar ce trebuie pus pe prevenirea îmbolnăvirilor și de Programul-directivă de cercetare științifică în perioada 1981—1990. Traducerea în viață a acestor prevederi va duce la obținerea unor rezultate remarcabile, la afirmarea și mai puternică a școlii românești de medicină în viața științifică internațională.

SĂNĂTATEA, ASPECTE SUBIECTIVE ȘI FUNCȚIONALE • INGRIJIREA MEDICALĂ ESTE DOAR O PARTE A SĂNĂTĂȚII PUBLICE • SPRE CEA DE-A DOUA REVOLUȚIE ÎN EPIDEMIOLOGIE

Epidemiolog de reputație mondială, prof. dr. Milton Terris, născut în 1915, a absolvit Facultatea de medicină de la Columbia College în 1935. Patru ani mai târziu și-a trecut examenul de doctor în medicină la New York University College of Medicine. El este în prezent președintele Departamentului de medicină preventivă din S.U.A. Participant la numeroase congrese internaționale, s-a impus prin abordările teoretice asupra aspectelor contemporane ale epidemiologiei, ca și prin studiile privind controlul și protecția mediului înconjurător și toxicomaniile. Opiniile sale în cadrul acestei anchete au fost consemnate la New York de colaboratorul nostru Traian Gărduș.



Cînd am început să lucrez în domeniul sănătății publice am putut constata o stare de relativă acalmie și chiar de stagnare a epidemiologiei. La acea dată, epidemiologia mai era încă marcată de niște limite serioase, devenite tradiționale, ea fiind strîns legată doar de practica sănătății publice.

Pe atunci mai era valabilă definiția lui Wade H. Frost, potrivit căreia epidemiologia este „știința fenomenului de masă a bolilor infecțioase”, definiție ce data încă din anul 1927. Există și o definiție mai largă, reflectînd schimbările majore survenite în gîndirea și practica epidemiologică. Întrucît în țările dezvoltate industrial bolile infecțioase s-au redus considerabil, a devenit din ce în ce mai clar faptul că bolile neinfecțioase constituiau cele mai importante cauze ale îmbolnăvirilor, invalidității și decesului. Astfel că epidemiologii începuseră să-și orienteze cercetările mai ales în această direcție, bolile cronice devenind domeniul predominant al cercetării epidemiologice în țările respective.

Prin urmare definiția de mai sus se dovedea a fi incompletă, ea neincluzînd toate aspectele cercetărilor epidemiologice, care luaseră o amploare formidabilă. Definiția, bunăoară, nu amintea nimic despre traumele rezultate de pe urma războiului, ca și de felurite alte accidente sau de tentativele de sinucidere, ceea ce explică în mare parte morbiditatea și decesul. Studiile epidemiologice efectuate asupra diferitelor traume — în special cele datorate accidentelor și sinuciderilor — efectuate de noi în ultimele trei decenii, au scos la iveală date interesante ce trebuie neapărat incluse în conceptul modern de epidemiologie. La acestea se mai adaugă și influența unor agenți ai mediului înconjurător ca și a factorilor sociali, precum și bunăstarea sau subnutriția.

Așa că, în ultima analiză, o definiție a stării de sănătate ar suna astfel: „sănătatea este condiția de capacitate fizică, mintală și bunăstare socială

de a efectua o muncă socială, și nu doar absența bolii în sine sau a infirmității". Desigur că, din această definiție, reiese foarte pregnant, sperăm, aspectul ei subiectiv, cât și cel funcțional — legat de prestarea unei munci concrete, la serviciu. Pentru că omul nu numai că se simte rău, ca stare generală, dar aceasta are și urmări mai mici sau mai mari asupra capacității sale de a-și desfășura activitatea sa de zi cu zi. Și, desigur, gravitatea bolii se apreciază în raport direct cu gradul în care boala îl împiedică pe om în funcționalitatea sa (utilitatea sa socială — n.n.). Desigur că pe lângă această abordare subiectivă și funcțională a epidemiologiei mai pot exista și alte căi de abordare în funcție de: a) mărirea randamentului; b) studiul capacității de efort; c) măsura în care este împiedicat randamentul în activitate și de cercetarea stării lor afective subiective.

Toate aceste metode și principii de a studia problema, puse cap la cap, creează o bază suficient de științifică și valoroasă de abordare a epidemiologiei. Doar că, de la caz la caz, ponderea poate să cadă pe unul sau pe altul dintre aceste principii generale ce, la rândul lor, pot constitui și ele puncte separate de discuții.

În orice caz, rezultatele pot fi considerate remarcabile. Într-o perioadă relativ scurtă de 30 ani, epidemiologii au descoperit cauza majorității cazurilor de cancer pulmonar, au aflat destul de multe lucruri despre cariile dentare, ca să poată preveni, în bună măsură, aceste boli; au fixat efectele terapeutice ale radiațiilor, stimulând adoptarea unor măsuri de control. S-a descoperit și delimitat un număr însemnat de factori de risc ai bolilor coronariene, ajungându-se la punctul de a se experimenta posibilitatea adoptării unui program eficient de prevenire. Ne-am sporit considerabil cunoștințele în diferitele boli generate de tutun, alcool și droguri. În sfârșit, am început să efectuăm studii epidemiologice și asupra indivizilor sănătoși, inclusiv cercetări importante privind influența nutriției în faza prenatală și a copilăriei asupra dezvoltării psihice și fizice a copiilor.

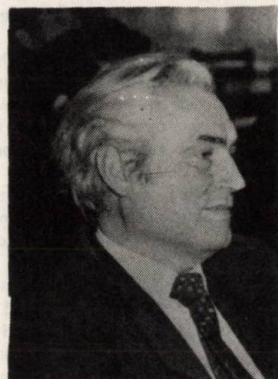
Noua epidemiologie a realizat un record în ceea ce privește succesele strălucite într-un interval de timp relativ scurt. Aceasta și-a extins sfera activității de la conceptul de control asupra sănătății publice, limitat doar la bolile infecțioase, ca azi să cuprindă toate cazurile unor boli a incapacității și decesului, astfel deschizând noi perspective de acțiune în folosul sănătății publice. Dar, din păcate, mulți studenți — și chiar unii profesori — consideră sănătatea publică drept parte integrantă a tratamentului medical, în loc să înțeleagă că îngrijirea medicală este doar o parte a sănătății publice. Aceste tendințe impun acum, mai mult decât oricând, ca toate școlile și instituțiile de medicină, cât și forurile lor tutelare să susțină principiul întregii prevenirii bolilor.

Spre deosebire de clinicieni, ale căror orizonturi sînt aproape în întregime limitate la tratamente, lucrătorii din domeniul sănătății publice consideră că serviciile terapeutice constituie doar unul din aspectele complexe totale ale serviciilor de sănătate personală și al mediului înconjurător, menit să promoveze sănătatea, să prevină sau să trateze bolile, să-i recupereze pe invalizi. Din acest punct de vedere al sănătății poporului, prevenirea este fără îndoială mult mai importantă și eficientă decât tratamentul și epidemiologia, știință de bază, pe care se sprijină serviciile de prevenire, fiind, am putea spune, coloana de susținere a întregului edificiu al sănătății publice. Nici unui student, indiferent de specialitatea sa, nu trebuie să i se permită să profeseze pînă cînd aceasta nu posedă o bază solidă cu adevărat științifică, în practica sănătății publice. Fără o practică a sănătății publice, știința epidemiologiei devine un exercițiu steril, fără sens. Pentru aceasta, forurile competente (Asociația americană pentru sănătate publică și Consiliul asupra controlului și prevenirii bolilor din S.U.A. — n.n.) trebuie să acționeze mai mult în sensul conlucrării dintre epidemiologi și cei care activează nemijlocit, ca practicieni, în sănătatea publică.

În perioada primei revoluții epidemiologice controlul mediului înconjurător se făcea mai ales avînd în vedere agenții vii, pe cînd, acum, acesta este îndreptat împotriva agenților psihochimici din natură. Și, desigur, că s-au folosit chiar de la început o gamă variată de metode și procedee precum construirea de bazine de apă publică, sisteme de purificare, locuri de depozitare reziduurilor, pasteurizarea laptelui, spitalizarea bolnavilor de tuberculoză și alte boli infecțioase. Ca metode de prevenire și control al mediului se vor impune probabil, pe lângă cele care presupun investiții financiare, altele: 1. Legi, care să interzică orice fel de reclamă făcută țigărilor și băuturilor alcoolice și categorica interdicție a fumatului în locurile publice; 2. Legi care să interzică comercializarea sub orice formă a grăsimilor nesaturate; 3. Legi care să prevină poluarea aerului și a apei, a accidentelor, a expunerii la radiații. Suplimentarea tratamentului și a facilităților medicale în întreprinderi și instituții, dar și acasă în familie; 4. Reguli și legi care să impună instalarea de mijloace de siguranță în autovehicule, regularizarea regimului de viteză pe autostrăzi și ridicarea imediată a carnetelor de conducere ale șoferilor găsiți conducînd sub influența alcoolului.

Măsurile de ordin financiar la care mă gîndesc sînt mărirea considerabilă a prețurilor la țigări și alcool, ca și la alimentele care presupun grăsimi saturate, concomitent cu reducerea prețului în cazul vegetalelor.

O PROBLEMĂ ÎN ATENȚIA FEDERAȚIEI INTERNAȚIONALE A SPITALELOR : COSTUL SPITALIZĂRII • CONSTRUCȚII GIGANT SAU CLINICI DE BUZUNAR ? • SPITALELE DECENULUI 8



Director al Spitalului clinic al municipiului București, dr. Mihai Mihăilescu este un reputat specialist în domeniul construcțiilor spitalicești și al organizării sistemului lor funcțional. Peste 20 de ani din activitatea sa au fost dedicați acestui scop. Astfel, el apare în calitate de consilier și coordonator medical pe lista proiectanților spitalelor din municipiile Suceava, Gh. Gheorghiu-Dej, Hunedoara, Constanța, Craiova, Galați, Baia Mare și a Spitalului clinic al municipiului București. Consilier al O.M.S., a participat și la realizarea a numeroase proiecte internaționale. A sintetizat rezultatele acestei experiențe într-o serie de cărți, printre care cităm : „Spitalul modern”, „Construcții spitalicești”, „Spitale vechi și noi”, ca și numeroase articole în reviste de specialitate. Este vicepreședintele Federației Internaționale a Spitalelor.

Dacă ar fi să discut care sînt problemele ce frămîntă azi pe cei ce se preocupă de asistența medicală a populației aș aminti fără îndoială problema raționalizării costului asistenței medicale pusă în paralel — în competiție dacă vreți — cu dorința unanimă de a se asigura o asistență medicală de o calitate din ce în ce mai bună.

Sănătatea populației costă incredibil de mult, și acest cost este în continuă creștere, el fiind determinat de „consumul” din ce în ce mai mare de asistență medicală (folosirea instituțiilor sanitare de către populație). Paralel cu aceasta, progresul tehnic cu adevărat revoluționar al medicinei secolului nostru solicită realizarea de construcții sanitare din ce în ce mai complexe, o aparatură extrem de modernă, un număr din ce în ce mai mare și mai variat de tehnici. Acest aspect dublu între cerere (necesitate) și posibilitățile de a o acoperi a apărut clar și din recentul Congres al Federației Internaționale a Spitalelor care s-a desfășurat la Oslo. Ar fi suficient dacă aș cita numai pe J. A. Mc. Mahon, președintele Asociației spitalelor americane, care formula astfel acest adevăr cunoscut de toți cei ce lucrează în domeniul nostru : „În anii 1960 obiectivul unanim era să oferim din ce în ce mai multe și mai bune îngrijiri la un număr din ce în ce mai mare de oameni. Astăzi trebuie să ne propunem însă să realizăm acest lucru, dar străduindu-ne să încetinim în același timp ritmul creșterii costului asistenței medicale”. Spitalizarea a ajuns în unele țări la 200 de dolari pe zi pentru secțiile obișnuite de spital, ceea ce înseamnă o sumă enormă. Dar chiar acolo unde costul se ridică la jumătatea sumei (situație în care se află aproape întreaga Europă), costul spitalizării este prea mare și tinde să crească.

În ceea ce privește modul de realizare și, implicit, prețul de cost al spitalelor, în momentul acesta ne aflăm între două extreme : unii încearcă să reducă în mod exagerat investiția spitalelor, iar alții să ajungă la sume fabuloase atîngînd 200 000 de dolari pat. Eu cred că ambele tendințe sînt greșite. Și mă gîndesc mereu la spitalul pe care îl

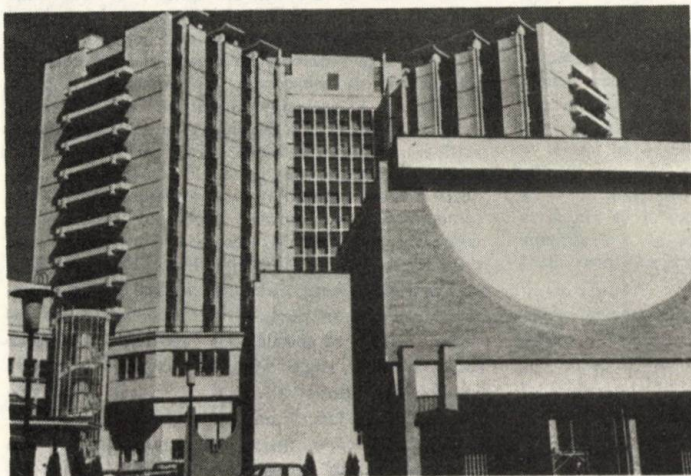
conduc : are 57 000 mp desfășurați și poate ar mai fi fost necesari încă 2 000—3 000 mp, dar dacă ar fi avut cu mult mai mult, să zicem cu totul 100 000 mp, era inutil, chiar rău. Distanțele erau prea mari, se pierdea timp în parcurgerea lor ; întreținerea era mai grea, necesita mult mai mult personal. Într-un spital nu trebuie să existe spații inutile ca în castelele gigant în care nu mai vor să stea proprietarii pentru că sînt greu de întreținut. Aceasta pentru că mult mai mult decît investiția costă întreținerea și exploatarea construcției : în mai puțin de doi ani de funcționare costul exploatării egalează sau chiar depășește investiția. Se văd astfel de greșeli foarte frecvent în străinătate.

Din aceste motive, o cerință esențială privind viitorul asistenței medicale, în atenția Federației Internaționale a Spitalelor, este colaborarea dintre arhitecți, ingineri și medici pentru realizarea unor construcții spitalicești funcționale. Fără contribuția medicilor specialiști și chiar a personalului mediu se realizează de obicei o construcție amorfă cu „mai multe spitale într-un spital”, cu suprafețe enorme, care nu pot fi valorificate, cu încurcături în circulație și în fluxul activității spitalicești. Spitalul reunește probleme de cazare, de cercetare, de învățămînt, de tehnologie, de asistență socială. Spitalul are în același ansamblu și hotel, și restaurant, și uzină, și săli de diagnostic sau pentru operații, și institut de cercetare, și mari amfiteatre. Nici o altă construcție din orice alt domeniu nu întrunește atîtea funcțiuni în aceeași clădire. Dar scopul lui esențial este acordarea îngrijirilor medicale, recuperarea sănătății. De aceea el trebuie gîndit bine de către medici și cadre medii și realizat de către arhitecți și ingineri. Cum trebuie deci să arate spitalul, acum și în perspectivă ? Lumea este în general de acord că spitalele cu mai mult de 1 000 de locuri prezintă unele dificultăți funcționale, dar le construiește. Specialiștii spun că spitalul ideal este cel de 500 de locuri, dar nimeni nu-l mai construiește, pentru că un spital util este acela care are în el toate, sau aproape toate, specialitățile, ori

pentru a îndeplini acest deziderat nu sînt suficiente 500 de paturi, în plus mai multe spitale mici costă mai mult în întreținere față de un spital mare. Problemele de asistență medicală și cele economice au aici un rol cu totul special. Deci problema nu este să realizăm niște modele ideale care practic sînt imposibil de realizat, ci, cunoscînd necesitățile unui anumit teritoriu, creînd pe baza acestora datele necesare de temă, să găsim pentru fiecare punctul nevralgic și antidotul lui. Să realizăm, deci, dacă este necesar, un spital foarte mare, dar să știm de la bun început care sînt problemele pe care le ridică acesta și să le rezolvăm încă de la tema de proiectare. În primul rînd trebuie să rezolvăm corect problema unităților centralizate (a serviciilor tehnico-medicale) care trebuie să lucreze pentru toate secțiile spitalului și chiar și pentru policlinică. Laboratorului clinic centralizat spre exemplu i se cere să furnizeze date de o precizie fantastică, dar extrem de variate și foarte prompte. Dacă un laborator centralizat care servește 1 500 de bolnavi ar funcționa ca unul pentru 300, nu pot să descriu haosul care ar domina aici. Dacă, însă, se găsesc noi modalități de organizare, el poate funcționa cu eficiență. La Spitalul clinic din București unul din elementele noii organizări îl constituie centralizarea sistemului de colectare a probelor de laborator și de difuzare a rezultatelor analizelor. În loc de 60—70 de persoane care ar veni de la fiecare clinică cu probe de laborator și ar veni apoi după rezultate s-a ajuns prin centralizare ca această operație să fie executată doar de două persoane. În același mod s-a realizat și sterilizarea, respectiv transportul seringilor, a instrumentelor, materialelor etc. E greu să coordonezi sute de cadre medii dacă sarcinile lor sînt vag precizate și toți fac de toate. În felul acesta cadrele nu mai fac deplasări inutile. O problemă de organizare internă care condiționează reușita asistenței într-un spital „gigant” este deci felul în care se realizează circulația interioară. O circulație bine rezolvată reduce cu 50% problemele legate de construcția spitalului. La Spitalul Clinic din București ea a fost rezolvată prin faptul că intrările sînt

legate în linie dreaptă printr-un coridor lung, o adevărată magistrală (care se regăsește la parter, et. I și et. II), la mijlocul căreia se află nodul central de circulație verticală prevăzut cu scări și lifturi. Am făcut multe experiențe pînă să ajungem la acest rezultat. Deosebit de ingenios, și putem spune mai ingenios decît în marea majoritate a spitalelor din lume, a fost realizată circulația din interiorul clinicilor. Prin sistemul găsit de noi — unicat de altfel pe plan mondial — distanțele de la postul de soră pînă la cele mai îndepărtate paturi sînt extrem de scurte (9 m), iar de la cele mai îndepărtate paturi la lifturi și deci la nodul central de circulație, numai de 15 m. Totodată prin tipul structural adoptat saloanele bolnavilor sînt amplasate în afara agitației și zgomotului zonei centrale, întrucît ele sînt în cele patru aripi ale clădirii.

Așa arată spitalul de azi. Dar cum trebuie să fie spitalul viitorului? Cum vor arăta spitalele următorului deceniu? Experiența m-a condus la concluzia că ele vor trebui să fie deosebit de flexibile, elastice, adică să permită schimbări de destinație a încăperilor. Pentru aceasta structura clădirilor trebuie să accepte modificări, pentru că tehnica construcțiilor de azi o permite. Trebuie să existe o elasticitate a secțiilor, a saloanelor. Nu trebuie să milităm pentru spitale scumpe. Nu trebuie să luptăm pentru spitale ieftine. Ne trebuie spitale eficiente. Un lucru este sigur: spitalul insuficient de bine gîndit, spitalul nefuncțional costă cel mai scump. De aceea cred foarte mult că în țara noastră, care are foarte mulți medici, arhitecți și ingineri talentați, dornici de nou, eficient și economic, trebuie să se creeze un corp cît mai constant de astfel de oameni pricepuți, stăduși și entuziaști, care să gîndească spitalul viitorului — acest imens consumator de bani, dar binefăcător totodată al oamenilor muncii. Eu cred că Spitalul clinic al municipiului București este un bun exemplu în acest sens. Sigur, se pot crea altele mult mai bine. Trebuie și merită stimulată o astfel de acțiune.



Spitalul modern, așa cum este Spitalul municipiului București, este în același timp clinică medicală, unitate de învățămînt și bază de cercetare științifică

Așadar, încotro se îndreaptă medicina ? Răspunsurile publicate, ne oferă imaginea unei evoluții de ansamblu ; a unei evoluții metodologice și tehnologice. Perspectiva este legată și de cercetarea interdisciplinară și de cooperarea internațională. Calculatorul, televiziunea, microscopul electronic, laserul — acestea sînt utilajele de cercetare și terapie lansate în deceniul pe care îl părăsim. Foarte curînd ele se vor implanta temeinic, vor deveni unelte de muncă, de activitate cotidiană, fără de care nu va fi de conceput o intervenție de specialitate așa cum azi nu o mai putem concepe fără existența unui laborator. Cu sprijinul lor vor fi elaborate și realizate



Dispariția deosebirilor dintre dezvoltarea fizică și psihomotorie a tinerelor generații de pe diferite meridiane, nașterea, creșterea și dezvoltarea unor urmași egali în drepturi și egali în condiții și posibilități de trai, iată ce dorim să cunoască toți locuitorii planetei Terra. „Sănătatea pentru toți” — obiectiv al anului 2000 — se află de pe acum în centrul atenției și al preocupărilor Organizației Mondiale a Sănătății

strategiile regionale și mondiale, planurile naționale și programele prioritare de sănătate.

Mai înainte de a gândi la acest viitor, anul 2000, care pentru noi nu este prea îndepărtat, a 32-a Adunare Mondială a Sănătății a ținut să reamintească omenirii un adevăr tragic : acela că jumătate din populația globului este privată de cele mai elementare îngrijiri sanitare. Medicina viitorului și viitorul medicinei nu pot rămîne indifferente.

Anchetă internațională realizată de
dr. George M. GHEORGHE și Cristian IONESCU

PRO MEMORIA

Anul în care omenirea trece în penultimul deceniu al acestui secol va fi bogat în momente aniversare pentru poporul nostru. În 1980 se sărbătorește 2050 de ani de la crearea primului stat dac centralizat și independent condus de Burebista.

În martie 1980 întreaga țară va sărbători un deceniu și jumătate de cînd, avîndu-l în frunte pe cel mai iubit fiu al său, tovarășul Nicolae Ceaușescu, România a străbătut cei mai fertili ani ai istoriei sale, anii în care congresele Partidului Comunist Român au înscris cu litere de aur înfăptuiri și perspective luminoase.

La 9 mai, zi scumpă tuturor popoarelor lumii și în mod

deosebit poporului nostru, pătaș activ la înfrîngerea definitivă a Germaniei hitleriste, omenirea va sărbători a XXXV-a aniversare a victoriei.

Într-un an atît de dens în momente sărbătorești se cuvine să consemnăm și unele momente importante din istoria medicinei românești, expresii ale eforturilor înaintașilor de a dezvolta condițiile de asistență medicală pe măsura evoluției civilizației. Aniversarea unui secol și jumătate de la înființarea cordonului carantină din Țările Române — de fapt prima legiuire modernă de medicină preventivă din țara noastră, împlinirea a 125 de ani de la deschiderea Școlii de mică chirurgie, prima

instituție românească de învățămînt medical superior, 75 de ani de la înființarea Spitalului „Socola” din Iași, unitate sanitară cu profil psihiatric, astăzi binecunoscută și apreciată la Organizația Mondială a Sănătății, și împlinirea unui sfert de veac de la prima șarjă de penicilină românească sînt evenimente care reușesc să contureze valoroasele tradiții și succese ale medicinei noastre.

Rememorarea acestor momente într-un an atît de bogat în evenimente politice majore ne oferă posibilitatea să cunoaștem tradițiile valoroase ale medicinei românești și să evaluăm perspectivele ce i se deschid pînă în anul 2000.

150 DE ANI DE LA ÎNFIINȚAREA CORDONULUI CARANTINAL

Cordonul carantină permanent românească, de la Dunăre și Prut, realizat în anul 1830, odată cu lichidarea monopolului turcesc asupra comerțului exterior al celor două principate, în scopul apărării de flagelul ciumei a întregului continent european se racorda la vest de Orșova cu cordonul sanitar austriac, iar la nord-est și la gurile Prutului, cu cel rusesc. De fapt prin acest cordon se continua cel al carantinelor temporare, instalate din a doua jumătate a secolului al XVIII-lea. Prima atestare documentară se referă la o „poruncă domnească” din 27 noiembrie 1784, adresată Căpităniei din Lichilești, de a opri în carantină timp de 5 zile negustorii ce trec Dunărea venind de la Silistra, unde se iviseră cazuri de ciumă. Opt ani mai tîrziu, domnitorul Mihail Șuțu organizează „Epistășia lazaretelor”, instituție care avea misiunea să organizeze carantinele în caz de ciumă, așa cum s-a procedat în timpul faimoasei ciume „a lui Caragea”, cînd s-a instituit pe Dunăre un cordon de sănătate cu puncte carantinele în cele mai importante locuri de trecere: Călărași, Giurgiu, Zimnicea. În anul 1830 s-au permanentizat carantinele instituite printr-un cordon, care a necesitat investiții de 1,5 milioane lei aur. Alegerea locurilor unde să funcționeze carantinele, dotarea acestora și pregătirea personalului necesar au format obiectul preocupărilor încă din anul 1829, cînd a fost trimis Divanului Țării Românești „Proiectul Regulamentului de organizare și funcționare” al noului așezămînt, proiect care reprezintă prima legiuire modernă de medicină preventivă în țara noastră. El era însoțit de „Instrucțiuni pentru stăpînirea boalelor între lăcuiitori” necesare instruirii personalului carantinelor. Actul

normativ prevede înființarea a 6 carantine de gradul I — la Galați, Brăila, Călărași, Giurgiu, Islaz și Calafat, precum și a 4 de clasa a II-a — la Piuța Pietrii, Zimnicea, Cladova și Vîrciorova.

Pentru paza cordonului carantină se foloseau efectivele „străjii pămîntești” (oștirii), „pichetașii” sau „cordonașii” — recrutați dintre locuitorii satelor din vecinătatea liniei carantine, angajați prin contract și scutiți de stagiul militar și de unele dări, în schimbul obligației de a păzi pichetele de pe linia carantinelor. Pentru conducerea întregii acțiuni antiepidemice se înființează „Înaltul comitet al precurmării molimei”, consemnat în documente mai tîrziu sub numele de „Comitetul carantinelor”.

Cordonul carantină românesc și-a dovedit eficiența îndeosebi în deceniul 4 al secolului al XIX-lea, cînd prin măsurile luate a fost împiedicată pătrunderea ciumei, în ambele principate. Inițial cu rol preponderent sanitar, cordonul carantină permanent de-a lungul Dunării a jucat desigur și un important rol militar, economic și politic vizînd dezvoltarea armatei naționale și desprinderea Principatelor Române din sfera dominației otomane.

Apreciat de istorici și juriști ca prima instituție de drept public, cordonul carantină permanent prefăcuse aproape trei decenii mai devreme Unirea Principatelor, prin numirea unui singur inspector pentru carantinele din Țara Românească și Moldova, măsură luată cu acordul celor doi domnitori, iar înființarea „Comitetului carantinelor” a facilitat procesul de apropiere a structurilor organizatorico-sanitare ale celor două principate, pregătind Unirea de mai tîrziu.

Dr. Nicolae MARCU

150 DE ANI DE LA ÎNFIINȚAREA ȘCOLII DE MICĂ CHIRURGIE

Reforma învățământului, principală revendicare formulată în cursul revoluției pașoptiste, a început să fie aplicată, timid, dar consecvent, în anii următori prin crearea la Iași în anul 1852 a Institutului „Gregorian”, care cuprindea o maternitate, o școală de moșit, un „leagăn de copii” și un ambulatoriu pentru copii bolnavi, încercare lăudabilă de organizare a învățământului „înalt” (superior). În Țara Românească, deși se redeschide în anul 1853 „Școala de mică chirurgie”, organizată de marele spătar Năsturel Herescu pentru a fi pregătiți viitorii felceri militari, temeinica organizare a învățământului medical se produce doi ani mai târziu. La propunerea doctorului Nicolae Kretzulescu, care în 1842 înființase un așezământ similar la Spitalul „Colțea”, ce și-a încetat activitatea în 1847, domnitorul Barbu Știrbei încredințează înfăptuirea importanțului obiectiv șefului Serviciului sanitar ostășesc, doctorul Carol Davila, pasionat susținător al acestei cauze.

Domnitorul aprobă, la 4 decembrie 1855, unificarea celor două școli de mică chirurgie existente — de la spitalele „Mihai Vodă” și de la Spitalul „Filantropia” — în noua „Școală de mică chirurgie” cu sediul la Spitalul ostășesc „Mihai Vodă”. Condusă personal de Carol Davila, instituția cunoaște o evoluție rapidă. După trei luni se transformă în „Școala de chirurgie”, cu durată de 4 ani, și cu o „programă generală” întocmită după modelul școlilor secundare de medicină din Franța, iar la 16 august 1858 devine, la propunerea lui Carol Davila, „Școala națională de medicină și farmacie”, cu durată de 8 ani (5 de studii și 3 de practică), prima instituție de învățământ medical superior din țara noastră.

Încadrată cu opt profesori titulari și patru profesori ajutori, Școala națională

pregătea „oficieri de sănătate”, farmaciști, pentru serviciul armatei, spitalelor și al districtelor, precum și veterinari. La 23 noiembrie 1857 școala este recunoscută de guvernul francez ca fiind echivalentă școlilor pregătitoare de medicină și farmacie din Franța, absolvenții ei având posibilitatea să obțină, în anumite condiții, doctoratul în medicină în acea țară. Un an mai târziu, la 15 august 1858, o asimilare analogă a fost obținută și pentru trecerea doctoratului la facultățile de medicină din Italia.

Prima instituție de învățământ medical superior românesc a devenit în scurt timp și cea mai importantă din Balcani, cursurile ei fiind frecventate de tineri români din Moldova, Transilvania, Banat, Crișana, Maramureș și chiar din sudul Dunării, un procent însemnat dintre aceștia din urmă fiind de origine bulgară. De exemplu, în anul școlar 1861—1862 erau înscriși 188 elevi, dintre care 67 din Țara Românească, 40 din Moldova, 35 români transilvăneni și macedoneni, precum și 46 de bulgari.

Consemnând succint începuturile învățământului medical superior românesc și numele fondatorului său, Carol Davila, cel care peste două decenii va fi principalul organizator al Crucii Roșii române, nu putem omite că majoritatea celor care și-au legat numele de existența și contribuția ambulanțelor Societății Crucii Roșie a României în războiul pentru cucerirea independenței de stat — medicul maior Săche Ștefănescu, medicii Păndele Grigorescu și Leonte Anastasievici, doctoranzii Ioan Surpățeanu, Constantin I. Istrati, Nicolae Evliyan, Nicolae Balcan și George Emilian — au fost elevi ai Școlii naționale de medicină și farmacie din București.

Dr. Gheorghe BRĂTESCU

25 DE ANI DE LA PRIMA ȘARJĂ DE PENICILINĂ ROMÂNEASCĂ

Dezvoltarea considerabilă în ultimele decenii a industriei românești de medicamente și produse farmaceutice a fost determinată de necesitatea îmbunătățirii continue a stării de sănătate, a creșterii capacității de muncă și duratei vieții active a populației.

Bazele dezvoltării moderne a acestei ramuri industriale au fost puse odată cu planul fundamental, în iarna anului 1952, a întreprinderii de antibiotice din Iași, unitate de referință care a fost amplasată în acest important centru economic și cultural al Moldovei din numeroase considerente: tradiția preparării unor medicamente în diverse laboratoare, existența prestigioaselor școli de chimie, medicină și farmacie și a instituțiilor de învățământ care dispuneau de capacitatea de a pregăti cadrele de specialitate necesare, precum și o anumită puritate atmosferică a acestei zone, necesară industriei de biosinteză.

Proiectată inițial pentru realizarea a patru produse (penicilină, streptomycină, au-

reociclină și vitamina B₁₂), întreprinderea de antibiotice din Iași a produs prima șarjă de penicilină la 10 decembrie 1955. Perfectionând continuu tehnologiile, întreprinderea are în prezent un profil de producție simțitor diversificat, care cuprinde 166 de sortimente, dintre care 80 la sută antibiotice de uz uman și veterinar, chimioterapice pentru uz veterinar, avicol și zootehnic, precum și vitamina B₁₂, hormoni steroizi de tip Prednison și Prednisolon, substanțe active din extracte de plante, produse galenice (unguente, creme, supozitoare), biostimulatori pe bază de antibiotice, vitamine și aminoacizi prin biosinteză pentru uz zootehnic etc. Dintre sortimentele de antibiotice pe care calitatea lor superioară le așază în rândul produselor similare de pe piața mondială, cităm: penicilina G (potasică și sodică), penicilina V și tetraciclina, produsele prin biosinteză și semisinteză, cum sint ampicilina, cloxacilina, meticilina, oxacilina, eritromicina, grizeofulvina, ultima foarte solicitată în Europa.

În cei 25 de ani de existență producția valorică și cantitativă a cunoscut o dinamică continuu ascendentă, iar producția globală industrială, producția-marfă și producția fizică de antibiotice au sporit de peste 100 de ori. De la an la an a crescut numărul sortimentelor, prin asimilarea în fabricație a unor noi produse, s-a îmbogățit gama mijloacelor de intervenție în terapeutică umană și veterinară, s-a asigurat sectorul zootehnic cu produse de înaltă valoare nutritivă și biostimulatoare, reducându-se importurile. Datorită competitivității, majoritatea produselor realizate la Iași se exportă în aproape 40 de țări ale lumii, ponderea celor exportate reprezentând 25 la sută din producție.

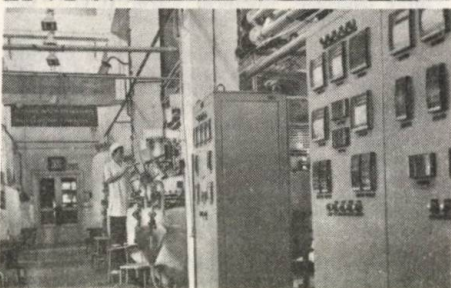
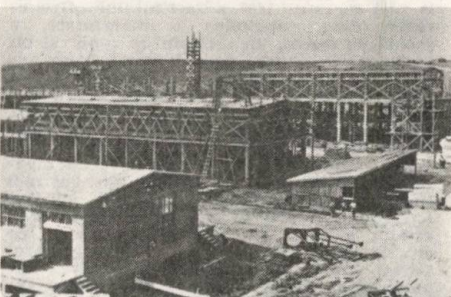
Activitatea de producție și procesele tehnologice, strins corelate cu o atentă activitate de cercetare a fiecărei etape, au impus o permanentă dirijare a metabolismului, de la selecția și obținerea unor mutații supraproducătoare de substanță activă, până la stabilirea condițiilor optime de cultivare și biosinteză, șarjă de șarjă.

Pornind acum 25 de ani de la tulpinile de microorganisme achiziționate, biologii, medicii, chimiștii, fizicienii, farmaciștii și inginerii întreprinderii au contribuit continuu la creșterea potențialului de biosinteză, la obținerea de mutații superioare și elaborarea unor noi metodologii de biosinteză, care au condus la creșterea apreciable de produs în faza de fermentație. Rezultate bune s-au obținut în conceperea și aplicarea unor procedee eficiente de filtrare, separare și purificare, în diminuarea consumurilor specifice de materii prime și materiale și în substituirea celor din import cu altele indigene. Cercetările efectuate, multe dintre ele originale, s-au completat prin eforturile de modernizare a producției și controlului ei. Astfel, întreprinderea a fost dotată cu instalații și utilaje noi de mare capacitate și randament, cu aparatură adecvată cerințelor tehnice actuale, au fost mecanizate și automatizate principalele operațiuni ale procesului de producție, au fost introduse noi dispozitive de protecție a muncii și de ventilație.

Participarea la numeroase manifestări științifice în țară și peste hotare, brevetarea unor procedee inedite de fabricație și premiarea lor la expozițiile internaționale de la Cairo, Casablanca, Damasc, Dar es Salaam, Kinshasa, Lyon și Tokio, demonstrează competența și nivelul profesional al

specialiștilor. Aprecierea de care se bucură în lume colectivul ieșean se reflectă și în relațiile de colaborare pe care le întreține cu personalități de înalt renume științific de peste hotare, precum și firme de profil din Austria, Elveția, R. F. Germania, India, Italia, Iugoslavia și S.U.A.

Întind în al doilea pătrar de veac al existenței sale, întreprinderea de antibiotice din Iași, integrată în programul de



«Penicilina» Iași în 1952 și în 1979

dezvoltare economico-socială a țării, este hotărâtă să-și mențină prestigiul ciștigat și să constituie una dintre cele mai puternice unități producătoare de medicamente din țară, participând la circuitul mondial de valori materiale pus în slujba sănătății oamenilor.

Dr. René DUDA

Institutul medico-farmaceutic Iași

SPITALUL „SOCOLA” LA A 75-A ANIVERSARE

Deschiderea Spitalului „Socola”-Iași, la 22 octombrie 1905, a fost rezultatul unor acțiuni neîntrerupte, inițiate de eminentul medic Alexandru Brăescu, preocupat de îmbunătățirea asistenței medicale de specialitate a bolnavilor psihici cu evoluție îndelungată, care la acea dată se realiza printr-o asistență de tip azilar.

Anul 1912 marchează începutul etapei de dezvoltare științifică a școlii de psihiatrie de la „Socola”, datorită muncii de cercetare depusă de C. I. Parhon, director al spitalului, pe care s-a fundamentat ulterior activitatea științifică psihiatrică desfășurată în întreaga țară. Sub conducerea savanțului

la filia în anul 1918 Societatea română de neurologie, psihiatrie, psihologie și endocrinologie, prin intermediul căreia școala de psihiatrie de la „Socola” s-a afirmat pe deplin. După numirea lui C. I. Parhon la catedra de endocrinologie a Facultății de medicină din București, activitatea de la „Socola” a fost continuată de elevul și colaboratorul său, Leon Ballif, promotor al igienei mintale în țara noastră, cu deosebite contribuții la dezvoltarea prestigiului Spitalului „Socola”.

Aplicând în prezent principiul circulației libere a bolnavilor psihici și a familiilor acestora spre spitalul de profil, în scopul



reintegrării și reinserției lor familiale și socio-profesionale, școala de psihiatrie leșeană a adăugat valoroase acțiuni de prevenire a îmbolnăvirilor, de apărare și promovare a sănătății mintale a populației, prin remanierarea în mod radical a modalităților de asistență intraspitalicească și prin dezvoltarea instituțiilor de asistență extraspitalicească.

Pentru prima dată în țara noastră, la Spitalul clinic de psihiatrie „Socola” a fost promovată remunerarea activității bolnavilor psihici, creându-se un serviciu psihosomatic, dezvoltându-se corespunzător secțiile și atelierele de ergoterapie, îndeosebi pentru bolnavii cu evoluție îndelungată. De asemenea, în prezent la Centrul metodolo-

gic din Iași se aplică cu succes proceduri psihoterapice integratoare, ergo și socio-terapie.

Corelându-se bioterapia și psihoterapia individuală cu inducția grupului în acțiune ca mediator socioterapic, s-a realizat cea mai indicată formulă recuperatorie instituționalizată, cu precădere în cazul bolnavilor menționați mai sus. Psihoterapia integratoare cuprinde proceduri recreative și educativ-formative, ocupaționale (individuale sau de grup) care se finalizează în activități cu semnificație productivă în devenire și proceduri ergoterapice propriu-zise, ce au ca motivație realizarea unei munci efective, echitabil remunerată, în vederea împlinirii aspirației de utilitate și demnitate a bolnavului psihic față de condiția umană.

Aniversarea a 75 de ani de la înființarea Spitalului „Socola” va prilejui organizarea unei sesiuni științifice cu tema „Viitorul psihiatriei: adaptare, integrare, recuperare”, menită să evidențieze interdisciplinartatea psihiatriei contemporane văzută prin intermediul conceptului tridimensional biopsiho-social al școlii de psihiatrie de la „Socola”, să intereseze în egală măsură pe neuro-psiho-farmacologi, psihologi, sociologi, ergonomiști, antropologi, igienisti, juriști și esteticieni.

Aspazia LANGA

ACUM UN SECOL

● În cele 65 de orașe și țirguri ale României trăiau în anul 1880 circa 800 000 de locuitori, iar în cele 3 100 de comune — 4,2 milioane. Din cei aproximativ 5 milioane de locuitori, 2,6 milioane erau bărbați și 2,4 milioane femei. În mediul rural funcționau 2 200 de școli, frecventate de 65 000 de elevi, iar în urban 240 de școli primare și 44 de școli medii. Capitala țării avea o populație de circa 220 000 de locuitori (10 la sută flotanți). Dintre celelalte orașe ale țării, Iași avea 98 000 de locuitori, Galați — 83 000, Botoșani — 42 000, Ploiești — 35 000 și Brăila — 32 000.

● Asistența medicală era asigurată în România anulul 1880 de 128 de spitale (cu 3 289 de paturi — din care nici unul nu a rămas liber o zi), iar distribuția medicamentelor prin 159 de farmacii. Personalul sanitar era constituit din 467 de medici, 26 de dentiști, 212 farmaciști și 971 personal mediu (subchirurgi, moașe cu diplomă, vaccinatori, asistenți în farmacii).

● Legea așezămintelor spitalicești din mediul rural, votată de parlament în iunie 1881, care stabilea condițiile înființării lor, n-a fost aplicată decât în mică măsură din lipsă de fonduri. Până la sfârșitul secolului s-au înființat circa 10 spitale rurale, primul la Baia de Aramă ● 133 de „așezăminte balneare” funcționau în întreaga țară, dintre care Băile Bughea Muscel s-au înființat în anul 1880 ● Cele două orfelinate — de la București și Iași — îngrijeau acum un secol 1 044 de copii abandonati, între 0 și 1 an ● Tarifele pentru diferite prestații medicale, stabilite la 1 ianuarie 1880 și aprobate de Consiliul de igienă și salubritate al orașului București, prevăd: „Pentru aplicarea a 4 bucăți ventuze, 10 bani; punerea unui clistir, 1 leu; o cataplasma, 50 de bani;

scoaterea unui dinte — în prăvălie, 1 leu, acasă, 2 lei” ● Vaccinul animal de vițea (apreciat de reputeți medici străini ca fiind „cel mai bun și mai sigur altol contra variolei”) se realiza la institutul doctorului Vlădescu și se aplica în orice anotimp și la orice vîrstă ● Deși opiniile medicilor erau diferite asupra locului unde se manifestau primele semne ale difteriei, cei mai mulți afirmau că s-ar afla în gît; alții susțineau că „vermii cauzatori sînt în singele bolnavilor, acolo înmulțindu-se cu o repeziciune îngrozitoare”. Toți medicii indicau același tratament: sulfat de chinină, zeamă de lămie stoarsă în gît și cit mai multe frecții pe tot corpul cu oțet aromatic ● În urma deselor reclamații primite. Serviciul sanitar al Capitalei hotărîa la începutul anului 1880 oprirea vinzării de „sulimanuri care conțin preparate de plumb sau argint viu, în formă de ape, pulberi, gogonele și în orice alte forme” ● Două lucrări medicale, apărute în anul 1880, au reținut atenția publicului: studiile „Considerațiuni asupra importanței și necesității gimnasticii din punct de vedere igienic în școlile de ambe sexe și în armată”, care a exercitat o influență favorabilă pentru introducerea gimnasticii în școli, și „O pagină din istoria contemporană a României din punct de vedere medical, economic și național”. Autorul, cunoscutul dr. C. I. Istrate, analiza în cele 500 de pagini ale ultimului studiu cauzele scăderii natalității în țara noastră și soluțiile de remediere. De asemenea, situația bolilor sociale, alimentația necorespunzătoare a sâtenilor și „starea de neigienă”.

Ion MUNTEANU

„Tutunul sau sănătatea, trebuie să alegeți!”

Deși daunele produse de tutun sînt astăzi cunoscute, oamenii nu le acordă importanța cuvenită. În general riscul de a muri de anumite boli este cu 70 la sută mai mare la fumători decît la nefumători. Cercetările medicale și anchetele sociologice au concluzionat unanim că fumatul este mai mult o obișnuință socială decît personală, un mod de a ne face prietenii și a „omorî” timpul. Dar, din nefericire, fumatul, îndeosebi de țigarete, este strîns legat de degradarea sănătății, apariția bolilor handicapante și mortalitatea prematură.

De-a lungul timpului folosirea tutunului a evoluat — de la prizarea acestuia de acum trei secole, la cea mai comodă, dar periculoasă modalitate (țigareta) considerată ca o „nouă modă” în anul 1850, extinsă și larg folosită după primul război mondial, cînd a fost considerată un mod de a consuma timpul și o trăsătură caracteriologică a virilității bărbatului și a emancipării femeii. În prezent cel mai mare consum de țigarete se înregistrează în S.U.A. (în medie 2 700 pe locuitor, anual) și în țările Europei occidentale (între 1 000 și 2 000 pe locuitor, anual). La aceste cifre alarmante se adaugă cele referitoare la extinderea fumatului în rîndul tineretului. De exemplu, în Belgia, 50 la sută dintre tineri fumează de la vîrsta de 15 ani, iar în R.F.G. 36 la sută dintre copiii între 10 și 12 ani sînt fumători consacrați.

Asupra efectelor nocive ale fumatului se dețin astăzi numeroase date. Faptul că fumatul este asociat în 90 la sută din cazuri cu cancerul pulmonar (ceea ce a determinat pe majoritatea medicilor din Anglia să renunțe la țigară și pipă) și e un important factor de risc în producerea infarctului miocardic, arteritei obliterante și ulcerului gastroduodenal, se poate argumenta cu numeroase date statistice din diferite țări. Nu pot fi omise nici riscurile provocate sănătății gravidei care fumează și a viitorului ei copil; de exemplu, riscul mortalității perinatale este crescut cu aproximativ 30 la sută la gravidele care fumează regulat, nou-născuții lor avînd

tendința de a fi nedezvoltați, deseori bolnăvicioși și cu un risc sporit de a prezenta anomalii congenitale.

Argumentele citate au determinat pe specialiști să întreprindă acțiuni de informare a populației și de frînare a fumatului. Astfel, în 1975 s-a lansat în Norvegia prin toate formele de publicitate interdicția totală a tutunului; în Suedia și S.U.A. tipărirea pe pachetele de țigarete a pericolelor generate de fumat a avut un puternic ecou; într-o stațiune balneară de pe litoralul sovietic al Mării Negre s-a interzis turiștilor să fumeze pe plajă, în restaurante și mijloace de transport în comun.

A IV-a Conferință mondială privind folosirea tutunului și sănătatea, ale cărei lucrări au avut loc anul acesta la Stockholm, cu participarea a aproape 500 de delegați din 70 de țări, a relevat proporțiile îngrijorătoare ale tabagismului în țările în curs de dezvoltare, îndeosebi ca urmare a marii publicități ce se face tutunului. Față de datele existente pe plan mondial, conferința a adoptat următoarele măsuri: stabilizarea consumului de tutun în țările în care fumatul începe să crească; încurajarea interzicerii reclamei în favoarea tutunului; determinarea guvernelor de a consacra o parte importantă a impozitului pe tutun și țigări informării populației asupra daunelor produse de tabagism; intensificarea propagandei antitabagice în școli și la locul de muncă.

Interesante sînt unele rapoarte — printre care unul al Conferinței Națiunilor Unite pentru Comerț și Dezvoltare (UNCTAD) — care arată că cele șapte societăți transnaționale care controlează aproximativ 90 la sută din comerțul mondial cu țigări își concentrează astăzi activitatea și marketingul în țările în curs de dezvoltare în care guvernele nu au luat încă nici o măsură pentru limitarea folosirii tutunului. În presă, la radio și la televiziune abundă reclamele publicitare care laudă o marcă sau alta de țigări.

Potrivit Organizației Mondiale a Sănătății, noua strategie a celor șapte mari

companii transnaționale ale tutunului se explică prin faptul că numărul fumătorilor are tendința să se stabilizeze în țările industrializate. Campania anti-tutun dusă în S.U.A. și Europa începe să dea rezultate, deși nu se poate spune că a scăzut consumul, cu excepția unor profesii, ca cea medicală, unde, de pildă, în Marea Britanie, se numărau numai 20 la sută fumători, în 1978, față de 43 la sută, în 1963.

În această situație O.M.S. este de părere că „trebuie schimbată, de asemenea, psi-

hologia și trebuie determinați oamenii să înțeleagă că, în realitate, a nu fuma este comportamentul social normal“. Considerând aceste măsuri de o deosebită importanță legate de obiectivul „Sănătate pentru toți în anul 2000“ și a modalității de realizare a profilaxiei bolilor prin educație sanitară, O.M.S. a hotărât ca Ziua mondială a sănătății în anul 1980 să se desfășoare sub deviza: „Tutunul sau sănătatea, trebuie să alegeți!“



Fumatul – delict public de-a lungul timpului

Răspîndit la început în palate, tutunul s-a extins apoi în mase. Dar în scurt timp oamenii au început să observe că tutunul era cauza

multor urmări neplăcute, chiar foarte grave pentru organism. Din acel moment începe interzicerea fumatului, în diverse țări, măsurile prohibitive fiind deosebit de aspre. • În Anglia secolului al XVI-lea pedepsele mergeau pînă la decapitare, capetele fumătorilor fiind expuse în piețe, cu pipa în gură, pentru a îngrozi populația. Astfel a fost pedepsit și Walter Raleigh cel care a răspîndit tutunul în Anglia • În anul 1619, regele Iacob I al Angliei combate fumatul cu vehemență într-o proclamație, atrăgînd atenția populației că dacă nu-i ascultă sfaturile „vătămăți sănătatea, cheltuiți în deșert bani, dezono-rați națiunea“. Cei prinși fumînd erau condamnați la 10 zile de arest și 6 șilingi pentru fiecare funt de tutun fumat • Papa Urban al VIII-lea excomunica printr-o bulă papală pe cei care fumau în biserici, autorizînd gardienii să confiscă toate tabacherele cu tutun, dar cele de aur să fie reținute... • În Rusia, unde tutunul

a fost adus la începutul secolului al XVII-lea de englezi, fumatul și vînzarea tutunului erau pedepsite, la început cu 60 de lovituri de cnut la tălpile goale, iar mai tîrziu cu tăiatul nasului și deportarea; la a treia recidivă se aplica pedeapsă capitală • Profesorii de la universitățile din Olanda acordau calificative minime studenților care „afumau“ creierul • Sultanul Murad al IX-lea interzicea fumatul, considerînd că tutunul îmbată, iar Coranul oprește beția. Fumătorilor li se tăiau buzele și nasul • Constatînd că pedepsele nu dau rezultate unele guverne s-au gîndit să profite din perseverența fumătorilor și au introdus... monopolul tutunului, de pe urma căruia au obținut frumoase beneficii • În secolul al XVII-lea în unele țări se interzice fumatul în public instituindu-se taxe mari pentru fumători. De exemplu, în Țara Românească se percepea un bir, numit „haraciul tutunului“; în Moldova voievodul Constantin Duca stabilește în anul 1698 o taxă pe pogonul de tutun cultivat, iar în Transilvania se introduce o amendă pentru fumători • Astăzi fabricile de țigări din diferite țări fac propagandă anti-tabac chiar prin intermediul produselor. De exemplu, o fabrică de țigarete din Olanda a lansat o marcă de țigări cu nume semnificativ: „Memor“ — de la „memento mori“ (adu-ți aminte de moarte!).

Mihai BURDUJA

PROFILAXIA ÎMBOLNĂVIRILOR ÎN CONDIȚIILE VIEȚII MODERNE

Orientarea prioritară a medicinei românești în direcția prevenirii îmbolnăvirilor reprezintă un obiectiv constant al politicii sanitare a partidului și statului nostru.

Intensificarea preocupărilor personalului sanitar, a organi-

zațiilor de masă și obștești — în primul rând a Societății de Cruce Roșie —, a colectivelor de oameni ai muncii pentru instituirea unor măsuri profilactice înseamnă de fapt participare la consolidarea asistenței sanitare, angajare în prevenirea

bolilor, menținerea și dezvoltarea bunăstării bio-psiho-sociale.

Prevăzând continuarea acțiunilor profilactice, proiectele documentelor pregătitoare ale celui de-al XII-lea Congres al Partidului Comunist Român oferă încă o dovadă a înaltului umanism socialist, a grijii față de om.

În evidențierea aspectelor profilaxiei care exprimă sintetic numeroasele întrebări adresate revistei „Sănătatea” de către cititorii ei, au avut amabilitatea să răspundă prof. dr. Petre Brânzei, directorul Spitalului clinic de psihiatrie „Socola” din Iași ; prof. dr. Ioan Chiricuță, directorul Institutul oncologic din Cluj-Napoca ; prof. dr. Iulian Mincu, directorul Centrului de boli de nutriție și metabolice din București ; prof. dr. Liviu Popoviciu, șeful Clinicii de neurologie a I.M.F. Tg. Mureș ; prof. dr. Louis Țurcanu, șeful Clinicii de pediatrie, prorectorul Institutului de medicină din Timișoara ; prof. dr. Roman Vlaicu, șeful Clinicii medicale I a I.M.F. Cluj-Napoca.



Prof. dr. Petre
BRÂNZEI



Prof. dr. Ioan
CHIRICUȚĂ



Prof. dr. Iulian
MINCU



Prof. dr. Liviu
POPOVICIU



Prof. dr. Louis
ȚURCANU



Prof. dr. Roman
VLAICU



— CE TENDINȚE EVIDENȚIAZĂ PATOLOGIA CONTEMPORANĂ ÎN SPECIALITATEA DV. ?

— Prof. dr. **Louis Turcanu** : Patologia copilului de acum 2—3 decenii era dominată de boli acute intercurrente — gastro-enterita cu sindrom acut de deshidratare, bronhopneumonia cu insuficiență cardio-respiratorie, boala streptococică cu corolarul ei, endomiocardita și sechelele valvulare, bolile transmisibile, tuberculoza.. Astăzi preponderența bolilor cronice la copii se apreciază a fi de 11,9 la sută, iar dacă adăugăm și tulburările de auz, vedere, vorbire, adaptare și comportament procentajul ajunge la aproximativ 20 la sută. Dacă ținem seama de faptul că cea mai mare parte a acestei patologii se extinde și la adolescent și adult înțelegem ponderea pe care



Proba de efort, semnificativă în stabilirea capacității reale a cordului

bolile cronice o ocupă în analiza stării de sănătate.

În rândul cauzelor bolilor cronice ale copilului se includ factorii nocivi ce acționează intra-uterin (rubeola, luesul, toxoplasmoza, radiațiile ionizante, drogurile teratogene, hipoxia prenatală, incompatibilitatea feto-maternă), traumatismele și infecțiile perinatale (care produc leziuni permanente ale sistemului nervos central și aparatului locomotor), infecțiile severe, sindroamele convulsive repetate și boli carentiale, precum și bolile genetice.

O clasificare a frecvenței bolilor copilului situează pe primul loc astmul bronșic, urmat de sindromul convulsiv repetat, paralizia cerebrală, cardiopatiile congenitale, patologia ortopedică, hepatita cronică, nefropatiile cronice, infecția uri-

nară și obezitatea. Frecvențe mult mai mici au diabetul zaharat, diatezele hemoragice și anemiile.

Pe lângă durata lungă a evoluției, bolile cronice ale copilului și asocierea frecventă a sechelelor comportă o rezonanță psihologică familială și socială, de multe ori mai gravă decât însăși suferința lor organică. Aceste boli produc tulburări de adaptare, între care se disting **handicapul somatic**, **handicapul psihic** (exprimat de răsunetul afectiv, caracterial și intelectual asupra personalității micului suferind, cu atât mai mare cu cât boala a început mai devreme și evoluează de mai mult timp) și **handicapul de ambianță** (manifestat prin reacția de supraprotecție a familiei, sau de respingere, dezinteres și abandon, precum și prin efortul copilului la solicitările impuse de activitatea școlară).

Micul bolnav cronic este supus la o multitudine de stressuri emoționale (starea de rău și durerea provocată de boală, dependența față de îngrijirea personală) care tulbură relația dintre el și părinți și îi reduc sensibil capacitatea de adaptare și de activitate fizică sau intelectuală, constituind un risc pentru toate etapele de viață pe care urmează să le străbată.

— Prof. dr. **Roman Vlaicu** : Pentru a prezenta situația din domeniul cardiologiei mă voi folosi de unele date înregistrate la Clinica medicală I din Cluj-Napoca. În timp ce numărul bolnavilor tineri cu boli reumatice ale inimii este în continuă scădere, crește numărul celor cu hipertensiune arterială, ateroscleroză, cord pulmonar cronic și insuficiență cardiacă. Importantă este creșterea numărului bolnavilor cu cardiopatie ischemică (angină pectorală, preinfarct miocardic, infarct miocardic, insuficiență cardiacă congestivă), majoritatea lor situându-se între 40 și 55 de ani. Dacă la aceste date adăugăm numeroșii adulți cu leziuni valvulare de origine reumatică, precum și tot mai numeroșii copii și tineri cu leziuni cardiovasculare congenitale, depistate cu noile mijloace de investigație, avem tabloul complet al modului cum sînt distribuite diversele boli cardiovasculare nu numai la Cluj-Napoca, ci și în masa populației din țara noastră.

Dar pentru a înțelege implicațiile lor în subminarea sănătății și reducerea duratei vieții omului contemporan, trebuie să apelăm și la unele date de morbiditate și mortalitate generală ce arată ponderea față de alte boli. Pe baza acestor date constatăm că astăzi bolile cardiovasculare reprezintă și în țara noastră principală cauză de mortalitate după vîrsta de 45 de ani (peste 50 la sută din totalul deceselor), hipertensiunea arterială se semnalează la 10—20 la sută din populația adultă, ateroscleroza (exceptînd cardiopatia ischemică) pînă la 15 la sută, iar cordul pulmonar cronic la 3—5 la sută, procentele care atrag

atenția asupra gravității bolilor cardiovasculare chiar la vârste relativ tinere. Cheltuielile familiale și sociale pentru bolnavii cardiovasculari sînt deosebit de mari, recuperarea funcțională după îmbolnăvire este de cele mai multe ori relativ redusă, fapt care contribuie la scăderea calității vieții cardiacilor, la reducerea aportului lor în producție sau în familie, deseori invalidarea producîndu-se în jurul vârstei de 50 de ani.

— Prof. dr. **Iulian Mincu** : Patologia contemporană se caracterizează prin predominanța bolilor degenerative care au luat locul bolilor acute și al celor infecțioase. Ateroscleroza, prin manifestările sale clinice, infarctul miocardic și hemoragia cerebrală ocupă primul loc între cauzele de mortalitate, decedînd între 50 și 55 la sută dintre suferinzii cu aceste boli. Dacă ne referim la bolile care constituie pentru populația țării noastre fac-

în continuă modificare sub inducția factorilor economico-culturali și tehnico-științifici ce influențează ecologia umană.

Se deduce deci că psihiatria va constitui în continuare o disciplină medicală de confluență a științelor antropologice pe teritoriul căreia orice progres al cunoașterii va fertiliza și cîmpul succeselor terapeutice propriu-zise. În această ordine de idei este remarcabil faptul că în țara noastră **psihozele exogene** (de pildă, psihozele pelagroase, sifilitice, carențiale sau legate de maternitate), boli deosebit de grave, favorizate în trecut de condițiile grele de viață ale populației, care s-au aflat în continuă creștere pînă în anii '40, în prezent sînt eradicat sau în curs de dispariție, iar frecvențele **psihoze endogene** (schizofrenia și psihoza maniaco-depresivă) manifestă o tendință de stabilizare, deși relația lor genetică se menține neschimbată.



Mișcare, aeroterapie, deconectare — cele mai sigure „medicamente” anti-stress.

tori de risc pentru ateroscleroză, trebuie să menționăm pe primele locuri dislipidemia (modificarea grăsimilor din sînge), cu o prevalență de 14 la sută, apropiată de cea înregistrată în S.U.A., Anglia și Franța, obezitatea (întîlnită între 12 și 35 la sută din populație) și diabetul zaharat semnalat la 3,1 la sută față de 4 la sută pe plan mondial. Toate aceste boli degenerative au un rol negativ atît în ce privește durata medie de viață, cît mai ales forța de muncă a omului.

— Prof. dr. **Petre Brînzei** : Pe baza studiului științific ecologico-epidemiologic, urmărit timp îndelungat la o populație dată, se poate afirma cu certitudine că și bolile psihice exprimă o concentrare în focar a cauzelor de morbiditate generală și a factorilor sociali negativi, dinamic aflîndu-se

În același timp, ca expresie cumulativă a noxelor poluante biogene și psihogene ce se produc în condițiile caracteristice de transformare accelerată a vieții contemporane, în întreaga lume se consemnează o creștere semnificativă a solicitărilor de asistență calificată pentru tulburări psihice de limită cu normalitatea, ca în cazul nevrozelor, alcool-dependențelor, dizarmoniilor personalității și, concomitent cu prelungirea mediei de viață, a psihosindroamelor vârstei înaintate.

În aceste condiții aș menționa că în Spitalul clinic de psihiatrie „Socola”-Iasi s-au obținut rezultate bune imediate în peste 90 la sută din cazuri și o mortalitate sub 1 la sută.

— Prof. dr. **Liviu Popoviciu** : Orientările neurologiei românești contemporane, pe baza princi-

piilor formulate magistral de savantul Gh. Marinescu au contribuit la perfecționarea asistenței medicale de specialitate și aprofundarea cercetării științifice, legată strâns de practica medicală. În spiritul principiului profilactic se realizează o tot mai largă și bine organizată dispensarizare a bolnavilor, se asigură un diagnostic corect pe baza unei game largi de investigații neurofiziologice și de laborator, a unei strânse colaborări interdisciplinare.

Trebuie să remarcăm că unele boli neurologice au încă un rol important în subminarea sănătății, îndeosebi a adultului și vîrstnicului. Este cazul bolilor vasculare cerebrale, ale căror manifestări „surpriză” au însă la bază o hipertensiune arterială netratată. Deși cu o morbiditate mică, epilepsia, manifestările paroxistice cerebrale neepileptice, bolile neuromusculare și demielizante se



O modalitate de prevenire a bolilor neurologice — controlul prin electroencefalogramă

înscriu, prin problematica pe care o ridică, în atenția specialiștilor.

Cercetările întreprinse în ultimul timp au contribuit la precizarea formelor electro-chimice în epilepsie, a o serie de mecanisme fiziopatologice și poligrafice, precum și numeroase aspecte de tratament și de dispensarizare. Cunoașterea cu mare precizie a structurilor nervoase și a mecanismelor neurofiziologice, dar mai ales neurochimice ale diverselor tipuri și faze de somn, precum și aplicarea unor metode neurofiziologice și psihofiziologice de mare valoare practică au permis dezvăluirea unor secrete ale creierului, descifrarea și continuarea unei fenomenologii fascinante legate de veghe, somnul clasic și paradoxal. Toate

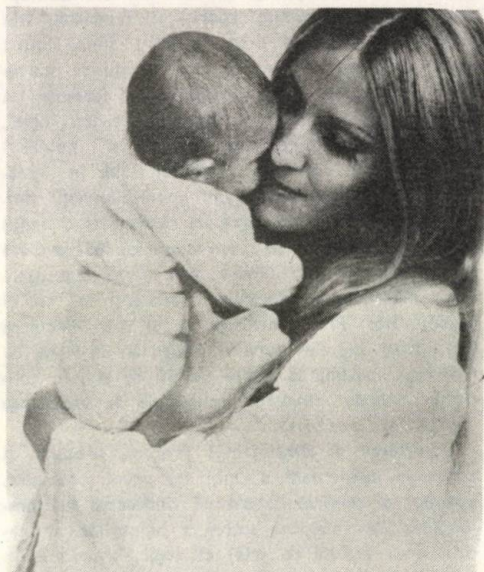
aceste cercetări reflectă urmările unor boli și tulburări neurologice în subminarea sănătății omului și atenția pe care le-o acordă specialiștii noștri în efortul lor de asigurare a ocrotirii sănătății populației.

— Prof. dr. Ioan Chiricuță. Reducerea numărului de îmbolnăviri, a numărului de decese prin boli infecțioase și creșterea duratei medii de viață au mărit ponderea bolilor cronice degenerative, între care și cancerul, care, în țara noastră, reprezintă a treia cauză de deces, după bolile cardiovasculare și ale aparatului respirator. Un alt aspect important al cancerului este tendința de creștere continuă a numărului de îmbolnăviri. Statisticile arată că în timp ce în majoritatea țărilor industrializate la începutul secolului al XX-lea 1 din 30 de decese era cauzat de cancer, astăzi raportul este de 1 la 5. Dacă creșterea numerică a populației și a duratei medii de viață contribuie la frecvența sporită a numărului de îmbolnăviri și decese prin cancer, rămîne totuși neexplicată încă o parte a morbidității și mortalității canceroase. La explicația acestui fenomen de către Bauer, savant în domeniul cancerologiei, „cancerul este în creștere deoarece și numărul factorilor care generează cancer sînt în creștere” — noi adăugăm: „în condițiile vieții moderne”. Pe baza unor cercetări recente de o înaltă probitate științifică se apreciază că 85 la sută din cazurile de îmbolnăvire prin cancer sînt datorate unor factori cancerigeni existenți în mediul înconjurător. Prin gravitatea sa și prin afectarea individului mai ales după al 30-lea an de viață, cu frecvența maximă la vîrsta de 60 de ani, în condițiile actuale, cancerul contribuie la reducerea duratei medii de viață.

Depistarea și diagnosticul precoce, precum și aplicarea neîntîrziată a unui tratament complet, complex și calificat determină vindecarea sau prelungirea supraviețuirii active a bolnavilor. În cadrul unor acțiuni de triaj citologic, organizate în acest scop în 6 municipii din Transilvania pentru depistarea, diagnosticul și tratamentul precoce a cancerului colului uterin, în perioadele 1972—1974 și 1975—1977 au fost examinate peste 385 000 de femei între 30 și 65 de ani. Dacă în anul 1971 0,4 la sută din femeile diagnosticate cu cancer al colului uterin erau în stadiul zero, preinvaziv, vindecabil în 100 la sută din cazuri, în prima etapă a acțiunii procentul a crescut la 14 la sută, iar în a doua etapă la 17 la sută. Stadiile 0, I și II, considerate curabile, atingeau înainte de acțiune un procent de curabilitate doar de 35 la sută, iar la sfîrșitul celui de-al doilea triaj de 81 la sută (decî 4 din 5 femei bolnave au devenit curabile). Acțiunea a evidențiat și faptul că într-o perioadă de 6 ani mortalitatea prin cancer de col uterin a scăzut în municipiile respective.

— CE CONTRIBUȚII DEOSEBITE APREȚIAȚI CĂ ȘI-A ADUS MEDICINA ROMÂNEASCĂ ÎN COMBATAREA ACESTOR BOLI ? CE MĂSURI PROFILACTICE APLICATE ÎN ȚARA NOASTRĂ ȘI-AU DOVEDIT EFICIENȚA ÎN LIMITAREA ȘI EVITAREA LOR.

— Prof. dr. Louis Turcanu : Școala românească de pediatrie a inițiat și organizat în ultimele decenii un ansamblu de măsuri profilactice, de depistare, supraveghere și urmărire, de asistență psihopedagogică și recuperare pentru reușita căruia a precizat și clarificat noțiunile de predispoziție, de factori de risc, de boală latentă sau inaparentă.



Afecțiunea maternă, importantă în dezvoltarea armonioasă a copilului

Predispoziția constă în reducerea capacității mecanismelor reglatorii din organism, ca urmare a unor defecte moleculare, enzimatic, celulare, dar există și o **predispoziție cistigată**, consecutivă acțiunii unor agenți agresivi. Factorii de risc reprezintă circumstanțele ce pot determina, favoriza sau agrava o boală. Acest concept permite, pe de o parte, luarea de măsuri de prevenire, iar pe de altă parte identificarea categoriei de „copii vulnerabili”. Viața modernă oferă numeroși factori de risc : pulberi și gaze industriale, poluarea complexă a mediului ambiant, alimentația nerațională sau în exces, abuzul și consumul necontrolat de medicamente, agenții biologici (viri-

suri, microbi, protozoare, miceli ș.a.) sau factori cu efect malformativ (infecții sau substanțe chimice).

O asemenea patologie, caracterizată prin lungă durată, etiologie multifactorială, evoluție invalidantă și degenerativă necesită utilizarea unei diversități de mijloace tehnice, de explorare funcțională și diagnostic în scopul depistării precoce și instituirii unui tratament corect. Atingerea unui asemenea obiectiv impune supraveghere și urmărire îndelungată.

— Prof. dr. Roman Vlaicu : O preocupare sporită pentru studiul bolilor cardiovasculare s-a înregistrat în lumea medicală românească de prin anii 1950—1960, boala reumatismală, hipertensiunea arterială, ateroscleroza, cordul pulmonar cronic, arteriopatiile constituind teme majore în programul congreselor naționale și ale altor reuniuni științifice de cardiologie și medicină internă. Dintre contribuțiile valoroase ale cardiologilor români în domeniul profilaxiei și combaterii bolilor de profil menționăm înființarea rețelei de cardiologie cu puternice unități, inițial la București de către C. C. Iliescu, apoi la Cluj-Napoca, Iași, Timișoara și Tîrgu-Mureș ; studiile clinico-epidemiologice inițiate de Aurel Moga prin care s-a ajuns la conceptul factorilor de risc și al acțiunilor dirijate spre perioada de debut a bolilor. În întreaga țară se fac studii și cercetări privind „normalitatea” valorilor tensiunii arteriale și ale lipidelor serice, descoperirea factorilor de risc ; se comunică primele rezultate pozitive ale acțiunilor de **profilaxie primară** (combaterea supraalimentației, hiperlipemiei, fumatului, sedentarismului, stărilor de încordare nervoasă, infecțiilor streptococice) și de **profilaxie secundară** (tratamentul bolilor pentru a preveni agravarea lor și apariția complicațiilor). Dintre aceste cercetări menționăm pe cele efectuate la București de prof. dr. Iulian Mincu și colectivul său și pe cele de la Cluj-Napoca, ale căror rezultate dau speranță că unele programe pentru o viață rațională, organizate la scară națională, vor confirma eficiența. Rezultate pozitive s-au înregistrat și în schimbarea prognosticului unor boli cardiovasculare care, în condițiile tot mai corespunzătoare create, beneficiază azi de o eficientă terapie chirurgicală aplicată de specialiștii noștri de la București și Tîrgu-Mureș.

Preocupările pentru o recuperare cât mai eficientă în spitale, ambulatorii, sanatorii și stațiuni balneoclimaterice au fost materializate, în ultimul timp, și prin darea în funcțiune a secțiilor clinice de recuperare cardiovasculară în diferite centre din țară, prevăzute cu aparatură și tehnică medicală modernă.

— Prof. dr. Iulian Mineu : Contribuțiile aduse de specialiștii români în boli de nutriție și metabolism sînt remarcabile. De exemplu, s-au inițiat depistări active în masă a bolnavilor cu dislipidemii, obezitate și diabet zaharat și măsuri de dispensarizare a lor. La acestea a contribuit și campania de educație sanitară dusă prin intermediul conferințelor, dar mai ales prin presă, radio și televiziune pentru adoptarea unei alimentații raționale. Dintr-un lot de 10 000 de bolnavi cu dislipidemii, dispensarizați la Centrul de nutriție și boli metabolice din București, supuși la o alimentație specifică pentru fiecare formă de dislipidemie, s-a ajuns în decurs de 10 ani la norma-



Alimentația rațională «se învață» din primii ani de viață

lizarea a mai mult de o treime din cazuri, la scăderea incidenței infarctului miocardic de 4 ori față de lotul martor și a formelor noi de cardiopatie ischemică cu 35 la sută. De asemenea, prin aplicarea noilor sisteme de urmărire și tratare a diabetului zaharat au scăzut mult complicațiile cronice degenerative ale acestor boli, iar prin folosirea unor metode originale de tratament în comele metabolice mortalitatea a scăzut de la 12 la sută în 1965, la zero în prezent.

Rezultatele obținute de școala românească de nutriție și boli metabolice au fost prezentate în cadrul unor reuniuni științifice internaționale de prestigiu: Congresul al XI-lea internațional de

nutriție (Rio de Janeiro, 1978), congresele europene de diabet (Paris—1976, Geneva—1977 și Zagreb—1978), Congresul danubian de diabet (Ruse — 1977), recentul Congres european de diabet de la Viena din septembrie a.c.

— Prof. dr. Petre Brânzei : În primul rînd ar fi de reținut că psihiatria contemporană se dezvoltă pe linia tradițională determinist-științifică, progresistă a medicinei și psihologiei românești și în a cărei constelație școala contemporană de psihiatrie de la „Socola” și-a păstrat caracterul său de fluență polarizatoare și inducție creatoare. Plecînd de la analiza logic-didactică a confruntărilor intrapsihiatrice, această școală a dezvoltat un concept integrativ bio-psiho-social dinamic și totodată unitar, care impune luarea în considerare concomitentă atât a raporturilor din conținutul și forma părților, cît și a ființei ca un întreg, reflectată prin nivelul său de conștiință față de normativitățile unei societăți date. Prin intermediul acestui concept tridimensional se deduc vectorial și valențele unei previziuni psihiatrice ecologico-epidemiologice structurate pe criterii nosologice, psihologice și sociologice, care se acordă în mod necesar atât cu politica partidului și statului nostru, cît și cu Carta O.M.S. privind apărarea și promovarea sănătății populației. În același timp, specialiștii din întreaga țară au contribuit la întocmirea primului plan pe termen lung privind dezvoltarea asistenței psihiatrice și apărarea sănătății mintale a populației.

Pornind de la fundamentarea constructivismului psihiatric contemporan, prin intermediul conceptului bio-psiho-social, se poate lua în considerare și semnificația concertată a conceptului despre psihoterapia integratoare, prin intermediul ergo și socioterapiei recuperării, a semnificației serviciilor psihosociale sau al laboratoarelor de sănătate mintală, precum și al formelor intermediare de asistență între spitalizarea continuă și asistența ambulatorie, prin intermediul serviciilor de zi cu raportul lor favorabil la ecuația cost/beneficiu.

Specialiștii din țara noastră au realizat în ultimii 15 ani și o suită de publicații interesante, afirmîndu-se tot mai ferm pe plan internațional ca promotori ai unei psihiatrii științifice evoluate și unitare, România fiind apreciată de O.M.S. ca țara cu forma cea mai accesibilă de internare în spital, situație relevantă în mod pozitiv în cazul Spitalului clinic „Socola” din Iași — bază de studiu-pilot al Biroului regional al O.M.S. pentru Europa și centru colaborator al O.M.S. pentru paludoterapie,

— Prof. dr. Liviu Popoviciu : Dintre realizările obținute de neurologia românească, multe cu caracter prioritar și competitiv pe plan interna-

țional, menționez noile date privind epidemiologia bolilor vasculare cerebrale, precizarea formelor electrochimice în epilepsie și a numeroase aspecte de tratament și de dispensarizare, precum și cercetările în domeniul somnului normal și patologic la om. În acest ultim domeniu, colectivul nostru de la Tg. Mureș a adus apreciate contribuții la introducerea unor metode de înregistrare poligrafică de veghe-somn, care au permis studiul științific al unor parametri de apreciere a activităților electrice, cerebrale, musculare, electroculografice, electrocardiografice, pneumografice, electrodemografice etc., cu conturarea unor aspecte ale diverselor stadii și faze de somn cu stabilirea „organizării” somnului în condiții normale și patologice.

Contribuțiile școlii românești de neurologie la elucidarea aspectelor privind somnul normal și patologic au fost apreciate în cadrul celui de-al IV-lea Congres european de cercetare a somnului, organizat la Tg. Mureș în anul 1978.

În problema epilepsiei și a manifestărilor paroxistice cerebrale neepileptice, colectivul nostru a adus contribuții legate de fiziopatologia unor crize epileptice (îndeosebi centrencefalice, focale, temporale și morfeice) și neepileptice (automatismele ambulatorii nocturne, pavorul nocturn, somnilochia, enurezisul nocturn ș.a.), de relațiile stărilor de vigilență, veghe, somn lent și de stările paradoxale (care în concepția noastră, nu este un somn adevărat, ci o a treia stare de existență a creierului cu momentele „privilegiate” de declanșare a diverselor crize epileptice și/sau neepileptice), precum și de terapia diferențiată modernă a acestor variate manifestări paroxistice.

Actualmente am orientat cercetările spre studiul neurofiziologic și psihofiziologic al visului și al relațiilor acestuia cu memoria, precum și spre cercetarea multifactorială cuantificată cu aparatura modernă de care dispunem și care ne permite abordarea acestor dificile probleme la nivelul celei mai înaintate tehnici mondiale.

— Prof. dr. **Ioan Chiricuță**: Ultimii 15 ani de dezvoltare continuă și multilaterală a societății noastre socialiste s-au reflectat pozitiv și în domeniul asistenței sanitare a populației în general, în combaterea cancerului în particular. Au fost create condiții deosebit de favorabile dezvoltării organizate a luptei anticanceroase, cele două institute oncologice — din București și Cluj-Napoca —

îmbunătățindu-și continuu baza materială și de cadre, ceea ce a facilitat abordarea unor probleme de cercetare și asistență medicală curativo-profilactică la nivel internațional, exprimate prin colaborarea științifică cu institute similare sau de cercetări din domenii conexe de peste hotare, întărirea rețelei de profil, dotarea unor secții de radioterapie oncologică cu aparate cu surse de cobalt-radioactiv, prin activitatea susținută a laboratoarelor de sinteze chimice din cele două institute oncologice, asigurându-se medicația citostatică, care înainte se importa. Chiar organizarea unor acțiuni de depistare în masă, menționate anterior, este rezultatul politicii sanitare a partidului și statului nostru pentru apărarea și promovarea sănătății populației.

Organizarea Consiliului Sanitar Superior, la indicația secretarului general al partidului, tovarășul Nicolae Ceaușescu, a impulsionat lupta anticanceroasă, prin elaborarea și punerea în aplicare a Planului pe termen lung de prevenire și combatere a cancerului, ale cărui obiective sînt în centrul preocupărilor Ministerului Sănătății și direcțiilor sanitare județene. În acest context, cei ce luptă astăzi în țara noastră împotriva cancerului continuă acțiunea iluștrilor înaintași: Victor Babeș, primul care a definit noțiunea de „precancer”, situîndu-se alături de Virchow în domeniul anatomiei patologice; Toma Ionescu, care prin intervenția chirurgicală ce-i poartă numele stă alături de Wertheim prin enunțarea principiului chirurgiei de sistem în cancer; Aurel Babeș și Constantin Daniel, care au descoperit înaintea lui Papanicolau metoda depistării precoce a cancerului colului uterin cu ajutorul citologiei exfoliative; Iuliu Moldovan, fondatorul primului Institut oncologic din România, la Cluj, pe care l-a denumit „Institut pentru profilaxia și tratamentul cancerului” într-o epocă în care despre profilaxia acestei boli nu se știa aproape nimic.

— EXISTĂ O PERSPECTIVĂ MAI OPTIMISTĂ PENTRU DECENIUL URMĂTOR? POATE FI SPORITĂ CONTRIBUȚIA MEDICINII ÎN LIMITAREA EFECTELOR ACESTOR AFECȚIUNI?

— Prof. dr. **Louis Turcanu**: În deceniul următor apreciez că se va realiza reducerea pînă la cifre nesemnificative a patologiei cronice la copii, pro-

duse de factorii nocivi de intervenție prenatală, de infecțiile și traumatismele perinatale, de infecțiile severe și dezechilibrele nutriționale postnatale. La această scădere a patologiei se va ajunge prin creșterea nivelului de cultură sanitară, măsuri perseverente de înlăturare a factorilor de risc, creșterea rezistenței imunologice, îmbunătățirea asistenței medicale și obstetricale a gravidei, realizare a unei alimentații raționale, echilibrate și, în general, prin modificarea condițiilor de viață care să permită o mai bună adaptare a organismului la cerințele vieții moderne.

O preocupare constantă trebuie să se manifeste în scopul reducerii la cifre nesemnificative a bolilor eredo-degenerative și a erorilor înăscute de metabolism. La această acțiune își poate aduce o importantă contribuție genetica umană, informând pe indivizi încă înainte de căsătorie sau sarcină despre riscul unei patologii ereditare, depistând înainte de naștere subiecții purtători de anomalii și malformații, diagnosticând imediat după naștere purtătorii unei erori înăscute de metabolism în vederea unui tratament care să permită înlăturarea ori întârzierea unei evoluții degenerative și invalidante.

— Prof. dr. **Iulian Mincu** : Referindu-mă la perspectivele pe care le întrevăd în deceniul următor în evoluția diabetului, aș vrea să citez concluziile raportului Asociației americane de diabet, prezentat la congresul său din decembrie 1975 : „Diabetul zaharat dă de 25 de ori mai multe orbiri, de 17 ori mai multe nefropatii, de 5 ori mai multe arteriopatii cu gangrene și de 2 ori mai multe boli cardiovasculare”. Întrucât numărul diabeticilor se dublează de 10—15 ani, dacă nu se va găsi un mijloc eficient de prevenire a bolii, în anul 2000 incidența ei va ajunge la 20 la sută din populație. În prezent se știe că între 80 și 90 la sută dintre diabetici sînt sau au fost obezi ; de asemenea, rolul unor infecții virale în declanșarea diabetului la copii și al factorilor de mediu în declanșarea chiar a formelor de diabet ereditare. Deci, combaterea obezității printr-o alimentație rațională și îngrijire specială a virozelor la copii sînt factori esențiali și la îndemîna fiecăruia în lupta împotriva bolii. La fel se poate vorbi și de prevenirea bolilor grave provocate de ateroscleroză. În cadrul unui experiment urmărit peste 15 ani în S.U.A. s-a constatat că infarctul miocardic s-a diminuat anual cu 2,5 la sută, iar hemoragiile cerebrale au scăzut de la 129 de ca-

zuri la 10 000 în anul 1952 la 54 de cazuri la 10 000 de locuitori în anul 1976.

Rezultate similare au fost obținute și în țara noastră în scăderea numărului de bolnavi cu dislipidemii, prin raționalizarea sistemului de alimentație.

În deceniul al optulea sînt convins că aceste experiențe de masă se vor înmulți și va începe să se pună stavilă acelor boli grave, consecințe nu ale civilizației, cum se spune, ci ale unui mod incorect de a ne adapta biologic la sistemul de viață contemporan.

Prof. dr. **Roman VLAICU** : Sper că se va ajunge la o bună cunoaștere a situației reale a bolilor cardiovasculare pe baza căreia se va stabili un program concret de combatere a lor, prin tratament medical, chirurgical și recuperator. De asemenea, se vor concretiza în rezultate pozitive programele naționale de profilaxie a reumatismului, cardiopatiei ischemice și hipertensiunii arteriale. În aceste condiții, perspectivele vor fi încurajatoare : cardiopatiile reumatismale vor scădea în continuare, hipertensiunea arterială va fi mai bine controlată, procesul tromboembolic va fi mai bine cunoscut și influențat, se vor face noi pași către precizarea rolului peretelui arterial și al prostaglandinelor în aterogeneză. Perfecționarea mijloacelor de diagnostic va contribui la o mai bună cunoaștere a unor boli rare (de exemplu, cardiomiopatiile) și a cardiopatiilor congenitale minore, iar prin perfecționarea tehnicilor chirurgicale și a materialelor de înlocuire tot mai mulți bolnavi vor beneficia de transplant, această nouă armă terapeutică.

În lumina acestor perspective se poate desprinde o notă de optimism în ce privește profilaxia bolilor cardiovasculare. Dar trebuie să accentuez că măsurile de profilaxie antrenează în afara rețelei medico-sanitare foarte mulți factori economici, sociali și educativi, între care aș menționa mai ales aportul Crucii Roșii.

Prof. dr. **Petre Brânzei** : Perspectivele ce se întrevăd în domeniul asistenței psihiatrice în viitorul apropiat pot fi considerate ca optimiste chiar în contextul general al medicinei. Pe măsură ce se descifrează mecanismele de transmisie neuro-umorală și energetismul intracelular, se avansează în cunoașterea propriu-zisă a substratului intim al activității psihice și prin el la descifrarea etiopatologiei psihozelor propriu-zise. Pînă atunci, modalitățile și posibilitățile bioterapiei psi-

hiatrice antipsihotice au devenit deja remarcabile, fără a se reuși să se excludă însă semnificația pozitivă a psihoterapiei și socioterapiei integratoare, structură dinamică axială a însuși conceptului bio-psiho-social. Acest aspect curativist, deosebit de important, nu este total și esențial față de semnificația fundamentală profilactică a politicii de apărare și promovare a sănătății mintale a populației, calitativ diferită de conținutul clasic al psihiatriei clinice.

Înțelegerea determinist-științifică a raportului dintre condițiile materiale și rolul activ al conștiinței ca „*primum agens*” al dezvoltării sociale impun acțiuni social-educative concertate cu progresele tehnicii și culturii actuale în procesualitatea modelator-formativă a microgrupului familial, școlar și profesional, atât pentru dezvoltarea armonioasă a personalității, cât și a evitării unor eventuale riscuri de eșec adaptativ. În această ordine de idei este cunoscut că la nivelul microgrupului se realizează și se întregeste statutul și rolul fiecărei persoane pe tot parcursul existenței sale, prin intermediul rolului efectuându-se liantul dintre elementul social și cel psihologic într-o sinteză unitară conștientă, normativă și axiologică, grupul stimulând concomitent și structura subiectivă ideo-afectivă calitativ diferită a fiecărui individ în parte în complexitatea sa bio-psiho-socială, dinamică și totodată unitară.

Studiul fenomenelor de risc adaptativ în condițiile unor situații conflictuale pe linie de rol, ce se pot traduce, eventual, prin tendințe sau comportamente deviante, nu ține, desigur, predominant de domeniul morbidității psihice, dar se interclud ca aspect de prim-ordin în problematica sănătății mintale. În majoritatea lor, aceste fenomene apar, de predilecție, atunci când se ignorează calitatea relațiilor interpersonale, iar rezolvarea situațiilor de risc adaptativ sînt condiționate, în primul rînd, de acțiuni corespunzătoare socio-pedagogice, de orientare profesională și măsuri ergonomice, adecvate pentru fiecare caz în parte. Asemenea acțiuni devin efectorii, de regulă, prin intermediul microgrupului în acțiune, sector în care există ample posibilități de lucru încă insuficient fructificate pe plan mondial — inclusiv în situațiile de handicap mintal.

În această ordine de idei, datele serviciului psiho-social din Iași relevă că în situația relațiilor de microgrup productiv, 72 la sută din totalul angajaților tineri au reținut influența favo-

rabilă pe care o exercită întrajutorarea și colaborarea în muncă. Sublinierea apare cu atât mai semnificativă dacă se ia în considerare și faptul că majoritatea tinerilor investigați provin din mediul rural, circumstanță dinamică importantă în studiul comparativ al problemelor de adaptare cu toate implicațiile sale.

Datele enunțate atrag atenția, în același timp, asupra necesității cunoașterii relațiilor de microgrup în orientarea și formularea principiilor active de organizare a producției, în rapid și continuu progres de revoluționare tehnico-științifică, cât și asupra cunoașterii variabilelor ce intervin în determinarea unor eventuale conduite dezadaptative. S-a evidențiat, de asemenea, faptul că, deși interrelațiile de producție influențează considerabil calitatea climatului de microgrup, particularitățile individuale își mențin în același climat rolul diferențial pentru fiecare caz de eșec, în aceleași condiții de muncă, habitat, vîrstă, sex și nivel cultural.

Cu alte cuvinte, deși sănătatea mintală nu comportă numai o reflectare psihiatrică, ea se referă totuși la tendințele și caracteristicile laturii sociale a unei medicine dinamice tridimensionale, al cărei conținut constituie un aspect de prim-ordin în politica de apărare și promovare a sănătății populației.

Indiferent însă de modulările civilizației și ale dotărilor specifice existente în cadrul unei societăți la un moment dat, promovarea sănătății presupune și cointeresarea organizată a populației în sensul elevării conștiinței de sănătate prin acțiuni predominante educative cu ajutorul microgrupurilor în acțiune sub directa incidență a activismului civic sanitar, mai ales al Crucii Roșii, acțiuni care se relevă și în cuprinsul acestui almanah.

— Prof. dr. **Liviu Popoviciu** : Ar fi necesar să mă opresc mult asupra perspectivelor pe care le întrevăd că se vor produce în următorul deceniu în domeniul neurologiei. Dar mă voi referi doar la aspectul care pe noi, neurologii din Tg. Mureș, ne pasionează și ne preocupă cel mai mult : studiul somnului și al tulburărilor sale, din dorința de a ajuta oamenii care au nevoie de un somn normal și reparator.

Avem, desigur, multe necunoscute de dezbătut, dar sîntem convinși că în deceniul următor vor fi cunoscute și rezolvate numeroase mistere ale creierului. Atunci vom fi în stare să descriem și

să explicăm dialogul evoluționar din care s-a desprins creierul uman, dialogul cu mediul fizic și socio-cultural și, în fine, dialogul pe care noi, ca neurobiologi, îl urmărim pentru a putea descifra enigma propriului nostru creier. În acea zi vom fi în stare să scriem „istoria naturală a minții omenești” și, desigur, „istoria naturală a somnului și visului”.

Prof. dr. Ioan Chiricuță: Prevăd o creștere a morbidității prin cancer în viitorii 10—15 ani, ca urmare a creșterii factorilor cancerigeni ai mediului manifestată prin intensificarea poluării, creșterea consumului de tutun, alcool, aditivi și conservanți alimentari, medicamente. În mod aparent, morbiditatea va scădea prin factori indirecti: depistarea și diagnosticul precoce, creșterea nivelului de cultură sanitară al maselor și al asistenței sanitare a populației. Totodată, întrevăd o modificare a ordinii importanței unor localizări ale cancerului. De exemplu, la bărbați, locul cancerului gastric îl va lua cancerul pulmonar, iar la femeie cancerul sîinului va „detrona” pe cel al colului uterin, ajungîndu-se ca, prin intermediul unor acțiuni profilactice de masă, să se ajungă la eradicarea stadiilor invazive ale acestei ultime forme.

Majoritatea cercetătorilor speră că în ultimele două decenii ale secolului nostru se va ajunge la o cunoaștere mai profundă a fenomenelor imunologice în cancer cu implicații de ordin profilactic în procesul de metastazare, deci de împiedicare a formării de tumori secundare și de distrugere a organelor vitale invadate, caracteristica cea mai de

temut a bolii canceroase. Studii de viitorologie, bazate pe experiențele realizate pe animale, avansează posibilitatea realizării unor vaccinuri împotriva unor forme de cancer uman, ipotetic cauzate de virusuri, ca, de pildă, în limfomul Burkitt (virusul Epstein-Barr), leucemii (virusurile de tip C), cancerul preinvaziv ale colului uterin (virusul herpes simplex II) etc.

Principiul asigurării ocrotirii sănătății aplicat în societatea socialistă, atragerea populației la păstrarea și promovarea sănătății au început să dea rezultate. Începută încă din anii de școală, deși tineretul este mai puțin afectat de boală, munca de demitizare a bolii și evidențierea posibilității prevenirii lor prin renunțarea la fumat, alimentație rațională, combaterea abuzului de alcool și de medicamente, precum și prin aplicarea unor metode și mijloace de diagnostic precoce și tratament eficient se vor sconta cu reducerea numărului de îmbolnăviri.

Rolul organizațiilor de masă și obștești, între care consider că Societatea de Cruce Roșie ocupă un loc important, și al mass-mediei poate fi hotărîtor dacă vor urmări popularizarea vindecărilor sau supraviețuirilor în urma măsurilor sanitare complexe, în locul popularizării „descoperirilor” de valoare dubioase, prin care mulți bolnavi abandonează un tratament cu efecte verificate.

Noul în combaterea cancerului, chiar în domeniul experimental, nu poate fi extrapolat în mod automat la om, pentru că problema cancerului este deosebit de complexă atît ca patologie, cît și ca biologie.

Răspunsuri consemnate de
Nicolae TURTURESCU

PROFILAXIA — DOMENIUL LARG DE ACȚIUNE AL CRUCII ROȘII

Prevenirea și combaterea cauzelor îmbolnăvirilor, prelungirea duratei vieții și activității oamenilor, creșterea unor generații sănătoase, viguroase constituie principiile de bază ale politicii partidului și statului nostru în domeniul sănătății, la realizarea cărora își aduc contribuția o multitudine de factori.

Profilaxia, în înțelesul său larg, cuprinde întreaga activitate pentru prevenirea îmbolnăvirilor. Această activitate nu este legată numai de acțiunea personalului sanitar, ci și de acțiunea educativă a organizațiilor de masă și obștești — între care Crucea Roșie are un rol important —, de condițiile economico-sociale, de gradul de cultură și civilizație al populației etc.

Fără îndoială, asigurarea unei eficiențe maxime măsurilor de profilaxie impune conjugarea eforturilor tuturor acestor factori.

Conținutul și metodele prin care se realizează activitatea de profilaxie variază într-o gamă largă, de la învățarea deprinderilor de igienă în familie și la școală, la activitatea de vaccinare, de depistare în masă a îmbolnăvirilor în stadiul incipient, la folosirea celor mai perfecționate mijloace tehnice pentru combaterea poluării mediului înconjurător.

În țara noastră în educația multilaterală a personalității umane, izvorînd din necesitatea de-a forma oameni instruiți, constructori ai societății socialiste multilateral dezvoltate, educației pentru



Unul dintre simpozioanele educativ-sanitare organizate de către Consiliul Național al Societății de Cruce Roșie pentru studenții bucureșteni pe tema „Minte sănătoasă în corp sănătos”

sănătate i se acordă un loc important în ansamblul activității cultural-educative de masă. Crucea Roșie, integrându-se tot mai larg în această complexă activitate prin forme specifice de muncă, își îndreaptă atenția principală către activitatea profilactică în scopul prevenirii îmbolnăvirilor și întăririi capacității de muncă a fiecărui cetățean.

În acest scop contribuția sa este dirijată către informarea populației asupra factorilor de risc pentru sănătate, felul lor de acțiune și reacțiile organismului uman.

Buna informare a publicului cu aceste probleme poate determina mai multă prudență, poate aduce mari servicii în domeniul profilaxiei cu condiția ca factorii de risc să fie combătuți cât mai devreme posibil, chiar de la naștere sau înaintea ei.

Necesitatea educării preventive în domeniul sănătății elevilor, a tineretului în general, se impune cu acuitate, cu atât mai mult cu cât tinerii preferă mai curând să ignore pericolele pentru sănătate decât să ia o hotărâre dificilă. «Satisfacțiile» pe care le furnizează alcoolul, cafeaua, fumatul, unele medicamente depășesc uneori limitele obișnuite și împing, tineretul spre distrugerea sănătății, dacă nu intervin echilibrul, discernămintul. Aici organizațiile de Cruce Roșie au largi posibilități de acțiune, de influențare către un comportament igienic, rațional.

În acest sens programele de informare a tineretului cer o grijă deosebită în alcătuirea lor, astfel încât să oculească atât stilul „senzațional” cât și cel „moralist”. În ambele cazuri pot fi observate efecte contrarii prin stimularea interesului sau a spiritului de contradicție. Dar nu ne putem limita numai la informare; activitățile desfășurate de Crucea Roșie, de activul ei voluntar, vizează formarea prin educație și cultură, la nivel de individ și de colectivitate a unei atitudini active față de factorii de risc, realizarea unui curent de opinie în această problemă, urmărind să convingă, să mobilizeze la acțiuni practice, la adoptarea unor măsuri capabile să oprească apariția, dezvoltarea sau răspândirea factorilor cauzali ai îmbolnăvirilor, respectiv a bolilor.

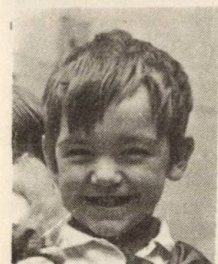
Pornind de la fapte dovedite incontestabil, și anume că mediul ambiant influențează starea de sănătate a populației și că însăși noțiunea de sănătate definită ca o dezvoltare armonioasă fizică, psihică și socială a oamenilor necesită condiții corespunzătoare de mediu este firesc să considerăm că și protecția mediului înconjurător reprezintă o condiție esențială a păstrării și promovării sănătății, a prevenirii îmbolnăvirilor.

Aceste mari obiective ale activității Crucii Roșii în domeniul profilaxiei se realizează în principal prin cursuri sanitare de masă, simpozioane, dialoguri ale medicilor specialiști cu populația, colocvii, concursuri gen cine știe răspunde, concursuri ale grupelor sanitare și posturilor de prim-ajutor, ale echipajelor școlare „Sanitarii pricepuți”, filme, tipărituri educativ-sanitare, precum și prin antrenarea populației, în primul rând a membrilor de Cruce Roșie, la acțiuni practice de prevenire a îmbolnăvirilor, între care acțiunile de curățire, de igienizare a locuințelor, a locurilor de muncă și de odihnă ocupă un loc important; astfel, fiind posibilitatea cetățenilor să fie nu numai cunoscători și beneficiari ai măsurilor întreprinse de stat pentru ocrotirea sănătății, ci să fie și participanți activi la realizarea acestora.

Dezrădăcinarea unor false convingeri, obișnuite, tradiții referitoare la alimentație, la modul de organizare a activității și repausului, la respectarea regulilor de igienă, solicită eforturi permanente din partea tuturor factorilor responsabili și a populației înseși.

În profilaxie rezultatele de etapă nu pot fi puse în evidență totdeauna cu suficientă claritate, totuși, certitudinea unei mari responsabilități față de ființa umană este în măsură să mențină constant efortul de-a căuta noi mijloace utile, spre a diminua cât mai mult posibil influența factorilor care pun în pericol sănătatea, precum și convingerea că în domeniul profilaxiei sînt încă mari resurse nevalorificate.

Doctor în științe medicale
Elena ADĂSCALITEI



Copii sănătoși pentru un viitor sigur



Desen de Picasso

A gândi viitorul, lumea de mâine, înseamnă a ne opri cu gândul la copilul de azi, citind în chipul și întreaga lui făptură viitorul ce-l pregătim umanității. Copiii sînt cei ce ne continuă, cei pe care întreaga Terră i-a sărbătorit în Anul Internațional al Copilului 1979, cu credința că ei ne vor duce mai departe menirea ce-o avem de a face din Pămînt o înfloritoare planetă a fericirii. În acest veac luminos, cînd popoarele își cuceresc independența reazăzîndu-și existența potrivit principiilor egalității și dreptății, sîntem obligați să asigurăm celor ce vin după noi o epocă de înfăptuirii mărețe, de prietenie și înțelegere pentru binele întregii lumi.

Avem datoria să ne ferim copiii de lacrimile foamei, de pîine, de joc și de carte, iar gîndul și vocea noastră să-i cheme pe oameni și conducătorii lor la înțelegere, de fiecare dată cînd norii amenințători ai războiului umbresc cerul senin al copiilor Terrei. Dar, înainte de toate, părinți fiind, avem datoria, dîndu-le viață, să-i creștem și să-i educăm sănătoși la trup și la suflet, asigurîndu-le o copilărie îndestulată și o educație temeinică, în spiritul iubirii de țară, a prieteniei și a dragostei față de muncă. În România socialistă milioane de copii fericiți privesc încrezători spre viitor, vegheați cu o înaltă grijă părintească de Partidul Comunist Român, în frunte cu secretarul său general, tovarășul Nicolae Ceaușescu. Niciodată pînă azi, această generație nu s-a bucurat de mai multe drepturi și satisfacții, de o mai mare grijă pentru prezentul și viitorul ei. Copiii noștri de azi, schimbul de mîine al patriei, sînt cei ce-și vor dedica întreaga viață slujirii și propășirii neamului românesc.

●

În vederea asigurării unei cît mai perfecte stări de sănătate a copilului, societatea modernă face eforturi susținute pentru asigurarea nevoilor fundamentale ale acestuia, nevoi reprezentate prin cerințe afective, nutriționale, sanitare, educative și sociale.

Toate acestea își găsesc o maximă împlinire, îndeosebi la vîrstele mici, în cadrul familiei și al colectivităților de copii.

Condiția esențială pentru satisfacerea nevoilor de care aminteam este echilibrul bio-psiho-social al familiei. Satisfacerea parțială a acestor cerințe ale copilului nu este suficientă. Auzim uneori din partea părinților, a căror responsabilitate față de copii are minusuri, răspunsuri și interpretări de genul: „ce mai vreți, eu mă ocup de copil, are cameră bună, haine, masa asigurată”.

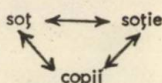
Cu toate acestea, starea respectivului copil arată clar că nu este suficient să i se asigure condițiile enumerate mai sus, acesta mai are nevoie în plus de educație, de afecțiune, de îngrijiri sanitare.

Studiile sociologice au reușit să identifice și să precizeze funcțiile familiei, ca nucleu de bază al societății, subliniind funcția (internă) bio-sanitară de procreare dependentă de ambii membri ai cuplului (imposibilitatea din diferite motive de a participa la procreare are drept urmare nerealizarea acestei funcții), precum și funcția (tot internă) economică a familiei, în condițiile modificării ei de esență superioară în socialism, prin preluarea, în mod organizat, a modalităților de utilizare a veniturilor obținute prin participarea la procesul de producție. Calitatea și diversitatea unei rețele vaste de servicii moderne pentru ajutorarea familiei duc în țara noastră la degradarea cuplurilor de o serie de sarcini casnice, la o utilă organizare a timpului liber și la posibilitatea unui contact mai strîns cu membrii familiei și implicit cu copiii. Aceasta favorizează satisfacerea plenară a nevoilor fundamentale ale copilului. Funcția educațională (internă) a familiei se exercită asupra copiilor, contribuind la cristalizarea personalității lor; le asigură instrucția, educația, bagajul informațional și, prin tot complexul de factori, le definește în final responsabilitatea socială, element esențial pentru adaptarea lor optimă la viața socială; Funcția de solidaritate și climat moral presupune crearea unui climat moral și cultural de înalt nivel și asigurarea de-



Lumea de mâine, înseamnă copilul de azi. Citim în întreaga lui făptură viitorul ce-l pregătim umanității

plină a principiilor de etică și echitate în cadrul triunghiului format de :



Fără de toate aceste caracteristici funcționale interne ale familiei pot apare intervenții din afară, care pot anula parțial sau total unele funcții ale acesteia. Astfel, dispariția sau absența îndelungată a unuia dintre părinți frânează dezvoltarea armonioasă a copilului, care are nevoie de ambii părinți, cu participare egală și concordantă la crearea unui climat afectiv propice, deosebit de necesar dezvoltării și împlinirii armonioase a personalității sale. În afară de aceste funcții interne, familia mai are și funcții externe legate de societate : încadrarea corespunzătoare în procesul de producție a membrilor familiei, apți și pregătiți, încadrarea întregului grup familial, deci implicit al copiilor, în complexul activităților politico-economico-sociale. În condițiile dezvoltării impetuoase a construcției socialismului în țara noastră, un număr din ce în ce mai mare de mame sînt atrase în această activitate. Ca urmare directă, societatea a preluat o parte din funcțiile familiei privind creșterea și educația copiilor, prin crearea unei bogate rețele de Instituții (creșe, cămine, leagăne, grădinițe). Aceste unități sînt din ce în ce mai

bine organizate, în vederea satisfacerii tuturor nevoilor copiilor. Cercetările efectuate de specialiști au arătat rolul pozitiv și eficient al colectivităților care asigură o dezvoltare normală a tuturor copiilor. Pentru unele categorii de copii în ale căror familii relațiile între părinți prezintă unele deficiențe, creșele și grădinițele oferă uneori condiții mult mai bune ca în familie.

În colectivități există un program educativ de înaltă calitate, care asigură stimularea dezvoltării neuro-psihomotorii a copiilor în condiții optime. Aceștia au adesea un bagaj informațional și un comportament superior copiilor crescuți izolați în familie.

Coborîrea vârstei școlare la 6 ani a impus, de asemenea, generalizarea învățămîntului preșcolar în grădinițe, ceea ce permite copiilor din clasa I, care le-au frecventat începînd de la vârsta de 3 ani, să aibă un nivel mult superior celor care au crescut în familie.

Cele exprimate mai sus sînt doar o parte din argumentele, sperăm suficient de convingătoare, privind importanța covîrșitoare a familiei și a colectivităților în asigurarea dezvoltării armonioase a copilului, element esențial pentru pregătirea ulterioară a unor generații din ce în ce mai apte de a face față complexității problemelor puse de construirea unei societăți superioare, multilateral dezvoltată.

Prof. dr. docent Răzvan PRIȘCU

Alimentația, factor esențial în dezvoltarea copilului, implică unele reguli de care părinții trebuie să țină seama dacă vor ca strădaniile lor să fie încununate de succes și să crească copii sănătoși, bine formați fizic și psihic.

În jurul vârstei de un an alimentația copilului se schimbă treptat. De la hrana specifică pe care i-am servit-o pînă acum se trece la o alimentație mai consistentă, mai variată, cît mai asemănătoare cu cea a adultului. Nu trebuie uitat, de asemenea, că de la această vîrstă copilul, care pînă acum fusese dependent de adultul care l-a îngrijit, încearcă să-și cîștige independența, imitîndu-l. Pentru a nu-i stîrni formarea caracterului, sîntem obligați să ținem seama de noile sale necesități și să-l tratăm diferențiat.

Apetitul pînă către 4—5 ani este variabil, nu trebuie impuse cantități fixe de hrană și nici să ne alarmăm dacă este „capricios”.

Copilul nu trebuie forțat să mănînce, pentru că pot apare tulburări de digestie, de somn și chiar de caracter — nervozitate sau, mai grav, indiferență și teamă. Mîncarea trebuie să fie servită într-un climat de liniște, de destindere. Masa trebuie frumos aranjată și, chiar atunci cînd copilul mănîncă singur, nu trebuie să aibă aspect de masă „pe fugă”.

Micul dejun trebuie servit imediat ce copilul se deșteaptă, deoarece dacă așteaptă mai mult apetitul îi scade, și acesta va căpăta în unele cazuri obiceiul de a-și suge degetul sau va deveni pîngăreț.

De la un an și jumătate el are preferințe față de anumite

mîncăruri și refuză pe cele cu care a fost obișnuit în primul an. Nu trebuie să ne mire deci dacă va respinge morcovii și supa, dar va primi cu plăcere alimente mai picante: șunca, salamul, carnea cu puțină ceapă și usturoi, precum și prăjituri, înghețată. Dacă nu vom ține seama de gusturile copilului și-l vom obliga să mănînce ce vrem noi, el va vedea în hrană un rău, va opune rezistență, situație care generează în familie nervozitate, nemulțumire.

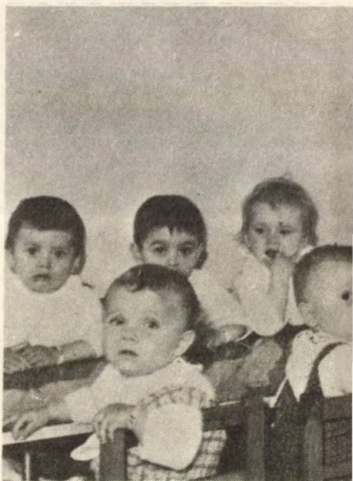
LA MASA CELOR MICI

De fapt, două țeluri trebuie urmărite în ce privește alimentația la această vîrstă: stimularea apetitului și obișnuirea de a se hrăni singur.

La început copilul mănîncă fiindcă îi este foame, dar după un an apetitul i se stimulează psihic, dorind să mănînce ceea ce îi place, ținînd seama de aspect, miros, gust. Dar gusturile sale sînt încă limitate. Alimentele noi îl sperie, le refuză și de aceea trebuie lăsat să se obișnuiască cu ele văzîndu-i pe

alții mîncîndu-le la masă. Treptat va dori să mănînce și el, bucurîndu-se apoi de gustul lor bun. În nici un caz nu trebuie forțat, iar îmbogățirea meniului se va face lent.

Pentru a învăța să mănînce, copilul trebuie lăsat să apuce mîncarea cu mîna, să se servească singur, chiar dacă se murdărește. Mama grijulie poate evita stricarea hainelor și lucrurilor din jur folosind bărbițe, șervețele, acoperind cu plastic covorul și, mai ales, nefăcînd greșeala, cu repercusiuni grave,



de a-l certa sau chiar lovi pentru o vină de care nu este conștient.

Către 12—15 luni putem să dăm copilului o linguriță cu coadă scurtă, pe care el se va învăța s-o folosească. La început va fi greu, dar către doi ani mișcările lui vor fi mult mai bine coordonate. La doi ani și jumătate i se poate da furculița, așa încît în jur de trei ani va mîncă singur.

De la doi ani copilul poate mîncă aproape aceleași mîncă-

ruri cu adulții. Începe chiar să-i placă alimentele mai consistente, să mesteca mai mult, dar nu va putea mesteca carnea decât abia după patru ani. Mîncarea poate fi de-acum foarte variată. Trebuie să evităm însă carnea grasă, prăjelile, dulciurile în exces, sarea. De asemenea, ciocolata și cacaoa trebuie date în cantități mici. În schimb poate să bea apă, ceai cît dorește (cel puțin un litru pe zi). Pînă la trei ani, laptele în diferite preparate constituie încă alimentul de bază.

gumele vor fi zdrobite cu furculița, iar către un an și jumătate, doi ani vor fi tăiate în bucățele mici. Masa de prînz se poate încheia cu un fruct. Atenționăm însă părinții asupra fragilor, căpșunelor, zmeurei care trebuie date în cantități foarte mici la început, pentru testarea toleranței (ele pot produce urticarie).

Dimineața copilul va primi lapte, circa 250 g, puțin zaharat, cu o tartină cu unt sau brînză. Gustarea de la ora 10 poate

De fapt, ceea ce nu trebuie uitat este că o importanță covârșitoare pentru stimularea poftei de mîncare o au prezentarea plăcută a preparatelor și ambianța calmă din timpul mesei.

În încheiere vrem să mai subliniem că fiecare copil are un mod particular de a reacționa la primirea hranei, astfel încît trebuie să aplicăm cu înțelegere cele învățate sau citite în cărți.

ECHIVALENȚE CALORICE

350 de calorii : O înghețată, o porție de budincă, un snițel pane, o omletă cu șuncă, o supă de zarzavat, o porție de frișcă. 300 de calorii : o porție de icre, două ouă ochiuri, un cotlet, un snițel, o porție de cartofi, o felie de tort, o porție de alune. 250 de calorii : o friptură de pasăre, o omletă, o porție de fasole. 200 de calorii : o porție de rasol, o cană de compot, 100 g de brînză. 150 de calorii : un pahar de lapte bătut, o salată de fructe, o porție de pește la grătar, o supă de roșii. 100 de calorii : o salată asortată, o piersică, o portocală, un strugure, o jumătate de pepene verde, un pahar de lapte.



După 4 ani copilului i se servesc, de obicei, patru mese, avînd grijă ca la masa de prînz să primească, de cel puțin patru ori pe săptămînă, 80 g de carne, la început tocată mărunt, iar pe măsură ce poate mesteca mai bine tăiată în bucățele mici. Acum poate primi și pește fără oase, fiert, iar de două ori pe săptămînă cîte un ou fiert moale. Pireul de legume, preparat zilnic în cantitate mică, este obligatoriu pentru aportul de săruri minerale. La început le-

conține lapte puțin zaharat, cu o prăjitură uscată sau compot, iaurt. După apetit, gustarea de la ora 17 va fi mai mult sau mai puțin consistentă, iar masa de seară va fi în funcție de gustare.

Meniul mesei de seară va cuprinde, în funcție de preferințe, creme de legume, budincă de orez sau griș, smîntînă cu brînză și mămăliguță, precum și un desert (compot, mere coapte, prăjitură cu fructe, cremă de lapte). În felul acesta rația va fi echilibrată.

Grija noastră trebuie să conste în evitarea erorilor de bază în alimentație, în rest, cele mai convingătoare criterii ale unei alimentații raționale sînt comportamentul și veselia copilului, curba sa armonioasă de creștere și dezvoltare.

Conf. dr. Lucia BUTUCEA-VĂTĂȘESCU

Orice influență externă exercitată asupra copilului în primii 3—7 ani de viață lasă urme pentru tot restul vieții. La această vîrstă receptivitatea, flexibilitatea psihică, mobilitatea sînt foarte accentuate. Acum se formează premisele personalității lui, se așază bazele proceselor cognitive, afectiv-motivaționale și ale tră-săturilor de voință și caracter.

Nu întîmplător, așadar, a fost cuprinsă în în-vățămîntul preșcolar cea mai mare parte dintre copiii între 3 și 6 ani. În grădiniță copilul este influențat să se integreze corect în mediul în care trăiește, să-și însușească cunoștințele accesibile, necesare.

Influențele educative, deprinderile și obișnu-ințele igienice formate la timp întăresc și men-țin sănătatea sa și îi asigură dezvoltarea fizică și psihică normală. Organismul preșcolarului deprins cu regulile igienice devine mai rezistent față de schimbările bruște de temperatură și bolile in-fecțioase. Formarea deprinderilor este un proces complex și de durată, care se realizează în mod treptat, în raport cu particularitățile de vîrstă și cele individuale ale copiilor, sub influența directă și continuă a educatoarei și a familiei. De la o grupă la alta, sfera deprinderilor se lărgeste, ur-

deri în funcție de particularitățile de vîrstă și de obiectivele pe care le are în vedere. Accentul muncii educative cade pe un model care cuprinde demonstrația și explicația. Exercițiul sistematic pe care-l efectuează în diferitele etape ale zilei nu elimină modelul care are la bază influența edu-catoarei și a adultului din familia copilului.

Ținînd seama de sensibilitatea afectivă a pre-școlarului, particularitate dominantă la această vîrstă, familiei și grădiniței le revin sarcina să colaboreze în modul cel mai eficient, dar și atractiv, astfel ca deprinderea urmărită să de-vină o necesitate pentru copil, să vină el însuși în întîmpinarea ei. Copilul trebuie obișnuit să se spele la chiuvete mici și instalate la îndemîna lui cu săpun, să se șteargă cu prosoape curate atîrnate la nivelul lui. Ținuta adulților din fami-lie și a educatoarei, limbaajul, îmbrăcămintea, ati-tudinea să fie, de asemenea, exemplare.

Conținutul deprinderilor la grupa mică îl con-stituie cerințele igienice de a se spăla pe mîini și pe față ori de cîte ori este necesar, de a folosi obiectele de uz personal, în mod corespunzător destinației fiecăruia. Copilul de 3 ani trebuie să folosească corect batista, să-și curețe singur na-sul. Se va familiariza, de asemenea, cu cerințele

Deprinderi pentru o viață

mărindu-se perfecționarea acțiunilor și transfor-marea lor în obișnuințe. Începînd cu grupa de 3 ani, copiii sînt familiarizați cu componentele de-prinderilor, însușindu-le pe cele mai simple și ușor de executat. La grupa de 4 ani, acestea se fixează și se consolidează. Pentru grupa de 5—6 ani, bazîndu-se pe deprinderile și obișnuințele formate în grupele precedente, se introduc ce-rințe noi, complexe, pentru a fi transformate în deprinderi trainice la sfîrșitul perioadei pre-școlare.

Pentru formarea și automatizarea deprinderilor se folosesc metode și mijloace variate: de-monstrația, explicația, exercițiul, exemplul, con-trolul, motivația, poveștile, jocurile didactice și de creație etc.

Între grădiniță și familia preșcolarului trebuie să existe unitate de cerințe pentru buna desfășu-rare a acestui proces și a procesului instructiv-educativ în general.

Educatoarea cunoaște și respectă fiecare etapă de formare a deprinderilor. Avînd în vedere com-plexitatea procesului și a etapelor desfășurării lui, educatoarea își îndrumă grupa folosind me-todele și procedeele cele mai potrivite. Astfel, pen-tru grupa mică aceasta stabilește sfera de deprin-

de a păstra curate obiectele de îmbrăcăminte și de a pune pijamaua la aerisit. În timpul mesei, el trebuie să aibă o poziție corectă, să mestece încet și să nu introducă degetele în mîncare. Ajutorul din afară se va reduce pe măsură ce copilul va fi în stare să mănînce singur.

La grupa de preșcolari între 4 și 5 ani se con-solidează deprinderile formate în anul precedent. Se introduc reguli igienice noi: de a se spăla pe gît, urechi, brațe și picioare, de a se spăla pe dinți și de a clăti gura; la masă de a lua în lingură cantitatea potrivită cu mîncare, fără să bea apă în timpul mestecatului.

Cerințele igienice sînt complexe și numeroase la grupa de vîrstă între 5 și 6 ani. Explicațiile date vor fi scurte și precise datorită acumulării de experiență în efectuarea acțiunilor în grădiniță și familie, precum și a gradului de dezvoltare a gin-dirii copilului. Mai mult decît în anii precedenți, se va accentua motivația.

Conținutul educației sanitare constă în a exe-cuta la momente potrivite, în mod corect, repede și din proprie inițiativă spălătul pe față și pe mîini, pe dinți și pe corp, de a se pieptăna sin-gur, de a-și curăța unghiile. Copilul va fi obișnuit să păstreze igiena vestimentară, să folosească pe-

ria de haine și de ghetе ori de cîte ori este nevoie. Atît grădinița cît și familia trebuie să influențeze preșcolarul de 5 ani în transformarea deprinderilor în obișnuințe privind alimentația : de a mîncă tot ce se servește la masă fără mof-turi și fără lăcomie, de a mîncă fructele sau le-gumele după ce au fost bine spălate. În aceeași măsură, și în mod continuu, grădinița și familia vor fi preocupate ca regulile de igienă colectivă să devină obișnuințe riguroase ale preșcolarului de grupă mare.

Educatoarea și adulții din familie în mod obli-gatoriu și permanent vor avea grijă să mențină un climat tonic în jurul copilului. Educatoarea rea-lizează aceasta încă din primele momente ale zilei prin diferite mijloace : povestiri, lecturi, jocuri didactice și distractive în activitățile propuse. Fa-milia trebuie să aducă copilul la grădiniță în bune dispoziții, în timp ce educatoarea, pentru desfă-



șurarea tuturor activităților asigură o participare cît mai afectivă.

În procesul instructiv-educativ preșcolarul este subiectul influențelor educative și nu obiectul lor, astfel încît deprinderile și obișnuințele formate vor constitui premisele conduitei lui viitoare.

Deprinderile și obișnuințele trainice formate în grădiniță și în familie pe tot parcursul preșcola-rității vor determina dezvoltarea capacității de muncă a sistemului nervos central, rezistența co-pilului față de efortul fizic și intelectual.

La ieșirea sa din grădiniță, datorită dezvoltării sistemului său nervos și în urma procesului in-structiv-educativ, copilul va avea obișnuințe trai-nice și un bagaj vast de cunoștințe care-l vor ajuta să se integreze perfect în viața socială.

Hripsine Rodica BIANU

directoarea Grădiniței nr. 133 București

PRIM-AJUTOR PENTRU CEI MICI

Ce facem în caz de ...

Articolul 127 din Legea nr. 3/1978 privind asig-urarea sănătății populației cuprinde prevederea ca : „Orice persoană care este de față la pro-ducerea unei accidentări sau îmbolnăviri grave este obligată să acorde primul ajutor în limita posibilităților sale, să anunțe unitatea sanitară cea mai apropiată, să sprijine personalul sani-tar în acordarea primului ajutor medical...”

Pornind de la această elementară și plină de omenie obligație a fiecărui cetățean, apare cu atît mai oportună necesitatea ca, în orice fami-lie, părinții, mai ales cei cu copii mici, să știe să acorde corect și în timp util primul ajutor. Cîteva completări, în bagajul mare de cunoștințe al acestora privind acordarea primelor îngrijiri copilului bolnav, vor fi, considerăm, binevenite.

Deci ce facem în caz de...

...febră

Înainte de a preciza măsurile pe care trebuie să le ia familia în cazul în care copilul este febril, pînă la consultarea medicului, se impune să reținem cîteva lucruri de bază.

Temperatura se măsoară corect doar intrarectal, valoarea sa normală fiind sub 37,5 sau 37,7 grade C.

Valori peste limitele maxime pînă la 38 gra-de C reprezintă subfebrilitatea, iar peste 38 grade C înseamnă de-acum febră.

Creșterea temperaturii peste limitele normale (în condițiile măsurării corecte a acestora) re-prezintă aproape totdeauna o reacție a organis-mului față de o boală, de obicei de natură in-fecțioasă.

Trebuie subliniat că de cele mai multe ori nu există o relație direct proporțională între gravi-tatea bolii respective și valorile febrei. Nu rare-ori, de exemplu, o stare subfebrilă poate fi sem-nalul unei boli severe sau o febră mare (peste 39 grade C) poate fi doar manifestarea unei ba-nale răceli.

Ce facem în cazul în care copilul este febril ?

Întîi, ne vom convinge cu ajutorul termome-trului că impresia dată de atingerea cu mîna este într-adevăr febră.

Apoi ne vom adresa medicului pediatru pentru examenul de specialitate. Aici însă sînt necesare cîteva precizări : nou-născutul sau sugarul în ge-neral (mai ales cel mic) nu va fi scos din casă, fiind de preferat examinarea sa la domiciliu. În

cazul copiilor mai mari, vom opri copilul de a mai merge în colectivitate atît pentru a nu-i agrava boala, cît și pentru a nu răspîndi o eventuală boală molipsitoare.

Ce vom face în așteptarea medicului pediatru ?

Vom da copilului o cantitate sporită de lichide (ceai, sucuri de fructe, limonadă, apă etc.), nu-l vom forța să mănînce, îl vom ține în repaus (fără a exagera !), iar în cazul sugarului nu-l vom suprima baia de curățenie zilnică.

Cînd febra este foarte ridicată (peste 39 grade C) sau cînd copilul la unele episoade febrile precedente a prezentat convulsii, îi putem da aspirină sau piramidon (Pyran, Aminofenazonă) sub formă de soluție 1 la sută (pentru sugari) sau sub formă de tablete (pentru copilul mai mare).

Nu vom începe administrarea de antibiotice din proprie inițiativă, deoarece ele pot masca semnele bolii respective, sînt ineficace, iar uneori au efecte toxice secundare etc.

De asemenea, nu vom administra medicamente împotriva febrei de la prima creștere a temperaturii corpului cu 0,1—0,2 grade C, deoarece pînă la un punct, mai ales în cazul infecțiilor provocate de virusuri, febra este un mecanism de apărare a organismului, de luptă împotriva infecției respective.

...convulsii

Convulsiile reprezintă un accident dramatic pentru copil prin faptul că acesta își pierde de obicei cunoștința în cursul crizelor. Apar la orice vîrstă, dar se întîlnesc mult mai frecvent la sugari. Ele pot fi generalizate, cuprinzînd musculatura întregului corp, sau localizate. De asemenea, pot fi declanșate de cauze foarte numeroase, de la cele mai simple, în care contracturile musculare dispar rapid după administrarea tratamentului (de exemplu, cele prin lipsă de calciu), pînă la cele mai severe infecții ale sistemului nervos central (meningite, encefalite etc.).

În cazul apariției unei crize de convulsii, părinții trebuie să știe care este atitudinea de urgență pe care să o adopte. Din acest punct de vedere cel mai important lucru este evitarea panicii. Astfel, la apariția convulsiilor un membru al familiei va solicita medicul pentru asistența de urgență la domiciliu. Se înțelege că lucrurile stau altfel în cazul unui copil cu epilepsie, diagnosticat și tratat ca atare, la care familia este avizată asupra eventualelor crize care s-ar putea declanșa. Pînă la venirea medicului sau prezentarea la spital, vom avea grijă să evităm rănirea sau sufocarea acestuia, în cursul crizei de convulsii. De aceea, îl vom supraveghea permanent, îi vom descheia hainele, mai ales la gît, îl vom așeza pe pat, veghind să nu cadă sau să se lovească.

În conduita familiei în fața copilului cu convulsii se înscrie și obligativitatea de a-l ad-

ministra imediat tratamentul cu antitermice și luminal, în caz că a mai făcut crize. La aceștia, în orice situație de febră peste 38 grade C, chiar la răcelile banale, se vor asocia în tratament, conform indicației medicului, piramidonul sau aspirina cu luminalul.

În epilepsie este indicat, în plus, ca familia să evite acele situații în care apariția crizei ar putea avea consecințe grave. Astfel, copiii vor fi însoțiți pe stradă, nu se vor scălda decît în prezența unui adult, nu vor fi lăsați să se cațere în pomi, să meargă pe bicicletă etc.

...diaree

Prin diaree se înțelege creșterea numărului scaunelor emise în 24 de ore și modificarea consistenței lor, care poate prezenta grade diferite: semiconsistente, mucogrunjoase, apoase. Emisia scaunelor poate fi însoțită de dureri și colici. Ne vom feri în a eticheta drept diaree un număr mai mare de scaune, la un sugar alimentat exclusiv la sîn, mai ales dacă ele sînt emise în timpul sau imediat după supt. În general, diareile au cauze infecțioase, generate de alimentația neigienică.

Ce facem în caz de diaree ?

Consultul medicului este obligatoriu și se cere făcut de urgență. Prima grijă pînă la venirea acestuia este de a controla febra și de a da copilului lichidele de care are nevoie pentru a înlocui pierderile digestive. De regulă cantitatea necesară este de 150—200 ml; cele mai indicate lichide fiind apa fiartă și răcită, ceaiul de mentă, tei sau mușețel. Lichidele pot fi îndulcite cu zaharină (1 tabletă la 200 ml), care se adaugă după fierberea ceaiurilor, evitînd a pune zaharină atunci cînd apa este foarte fierbinte, deoarece gustul devine amar. Se mai poate da apă de orez. Dacă starea nu se agravează, sugarul va primi din ce în ce mai bine lichidele, care trebuie administrate în cantități mici, repetate, asigurînd rația menționată.

Dacă copilul nu a fost văzut de medic, dar scaunele s-au rărit și starea lui este bună, după 8—12 ore se poate trece la administrarea supei de morcovi, care se prepară în felul următor: La un litru de apă se pun 500 g de morcovi curățați și tăiați în rondele mici. Se fierb bine pînă ce morcovii se înmoaie. Se trec prin sită deasă de mai multe ori, se completează cu apă fiartă pînă la 1 litru și se adaugă un vîrf de cuțit de sare. Se răcește apoi rapid, cu un curent de apă rece și se introduce în frigider. Cantitatea necesară de supă de morcovi este aceeași ca și lichidele (150—200 ml/kgcorp). Medicul va decide în continuare atitudinea de urmat. Dacă copilul prezintă semne de deshidratare: ochi încercănați, limbă uscată, pliul cutanat leneș, se transportă de urgență la spital.

Alergiile la copii

În ultima decadă a secolului nostru, în vocabularul medical, dar mai ales în cel paramedical, s-a încetățenit termenul de alergie, atât de frecvent pronunțat, încât a fost atribuit multor maladii, chiar și fără o cauză precisă. Născut din combinația celor două cuvinte grecești: *allos* (alt) și *ergon* (reacție), noțiunea depășește de fapt cadrul unei singure reacții locale care să dea o singură maladie, ea reprezentând mai

de grabă o stare de hipersensibilitate latentă, capabilă să dea naștere la o multitudine de stări patologice. Totuși ca feno-

MASĂ ROTUNDĂ

men clinic a fost sesizat prin anii 1905—1910 de către savanții Von Pirquet și Schick.

Suferinzi alergici îi întâlnim la ambele sexe și la diverse categorii de populație, cu o oarecare predilecție se pare către vîrsta tină, unde dealtfel îmbracă și anumite particularități, asupra cărora își vor expune părerea la această masă rotundă specialiști de la Centrul de alergologie și imunologie clinică, condus de prof. dr. Ervant Seropian, din cadrul Spitalului nr. 2 C.F.R. din București.

— Care este mecanismul de producere a alergiei la copil ?

— Prof. dr. ERVANT SEROPIAN: În patologia copilului remarcăm în ultimele decenii o regrupare a principalelor boli, printre acestea înscriindu-se și cele alergice. Ponderele simptomelor de origine alergică la cei mici a căpătat deja o frecvență importantă. În ceea ce privește mecanismul de producere, el este în general similar la copil, ca și la adult, diferența existînd doar în numărul de factori care acționează în diversele etape de viață.

Agresorul în bolile alergice este **alergenul**. Acesta are toate caracteristicile antigenului, deci provoacă în organism inițial o reacție de apărare, adică un răspuns imunologic, care se concretizează prin apariția în ser a anticorpilor solubili cunoscuți și sub denumirea de imunoglobuline sau a reacțiilor la nivel celular. Numărul și varietatea alergenilor cu care copilul vine în contact sînt destui. Dintre aceștia amintim praful de casă, polenurile, mușcăiurile, blana animalelor, unele alimente, microbii etc.

Reacțiile de apărare contra alergenului agresor sînt specifice,

adică îndreptate cu exclusivitate împotriva acestuia (praf de casă, polen sau altul). Uneori, declanșate de un antigen, duc la protejarea organismului respectiv față de agresiunile ulterioare ale aceluiași antigen, și în acest caz ne referim la instalarea unei stări de protecție sau de imunitate. Alteleori, în cazul agresiunii alergenilor, reacția de apărare este depășită și apar consecințele nocive, adică simptome de boală la nivelul diverselor organe și sisteme din corp. Sub o formă simplistă aceasta este, de fapt, reacția alergică cu expresie clinică.

— **Declanșarea simptomelor alergice presupune probabil contact repetat sau îndelungat cu alergenul cauzal...**

— Exact ! În mecanismul reacției alergice participă alergenul, anticorpul (imunoglobulinele) sau limfocitele T, precum și eliberarea în ultima etapă a unor mediatori chimici care, acționînd la nivelul diferitelor organe, declanșează simptomele respective. Deducem de aici că alergია manifestă (patentă) poate prezenta o diversitate de

simptome, pentru că nu numai aparatul respirator și pielea sînt sediul bolilor alergice ! Pe acestea avem însă avantajul să le identificăm mai ușor.

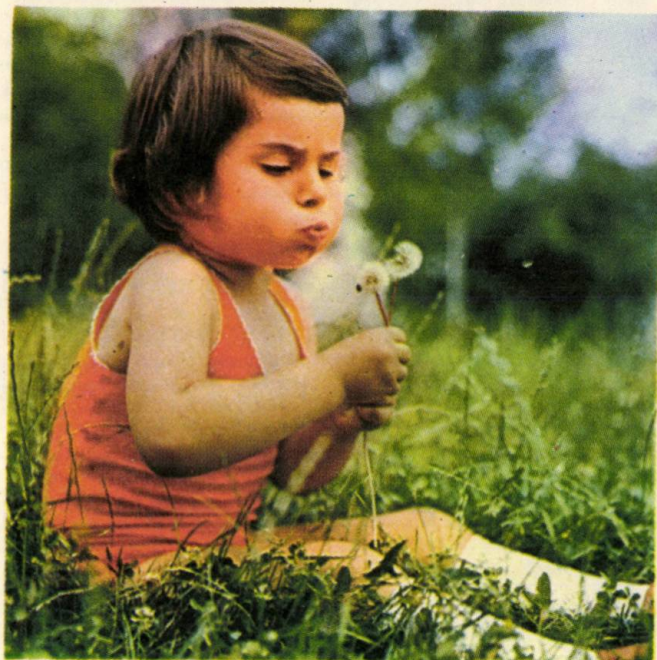
Medicina de astăzi, numeroasele specialități medico-chirurgicale existente sînt nevoite să-și restructureze unele concepții etiopatologice de boală. Pentru că, să nu uităm alergenii care ne agresionează din afară sînt din ce în ce mai numeroși și variați. Ei pătrund pe calea inhalatorie din atmosfera înconjurătoare, pe calea digestivă, odată cu alimentele și medicamentele, prin contact cu pielea și mucoasele sau prin intermediul înțepăturilor (insecte, înjecții).

— **Revenind la copil, ce ne puteți spune referitor la capacitatea lui de a produce anticorpi, comparativ cu adultul ?**

— Prof. dr. ERVANT SEROPIAN: Particularitățile simptomelor alergice la copilul mic țin tocmai de modificările reactivității imunologice a organismului în funcție de vîrstă. Azi nu se mai acceptă că fătul sau noul născut este inert imunologic, adică incapabil de producție activă de anticorpi și pe care îi obține

în mod pasiv numai de la mamă. Totuși este adevărat că nivelul de imunoglobuline (anticorpi) la noul născut este mult mai redus față de adult. Pentru a ajunge la maturare, sistemul imun al copilului are nevoie de experiență (stimulare antigenică), și aceasta se dezvoltă mai repede odată cu agresiunea bolilor infecțioase

— Dr. docent GABRIEL VASILIU: Aș vrea să adaug faptul că organismul copilului se sensibilizează progresiv la alergenii din lumea exterioară, ei pătrunzând de regulă prin căile digestive, respiratorii și cutanate. Dar sensibilizările au o anumită cronologie, succesiune în timp



Organismul copilului se sensibilizează progresiv la alergenii din lumea exterioară: praful, polenurile, mușcăliurile, blana animalelor, microbi și chiar unele alimente

și începerea vaccinărilor profilactice. Există în cadrul diferențelor de vîrstă o participare mai importantă la copil a factorilor nespecifici în mecanismul imun, iar în primul an de vîrstă și chiar în continuare rolul alergenului cauzal se conturează mai difuz tocmai și din această cauză.

și se înmulțesc pe măsură ce copilul crește...

— Din cazuistica medicală s-ar părea că alergenii alimentari ar fi mai frecvenți decît celelalte tipuri...

— Dr. docent GABRIEL VASILIU: Este aproape sigur că alergenii alimentari sînt primii

care determină sensibilizări, dar nici nu trebuie exagerat afirmînd că alergia explică majoritatea frecventelor tulburări digestive ale sugariilor și copiilor. Alergenii susceptibili de a provoca tulburări digestive sînt destul de variați.

Alimentele cuprind în general un grup foarte neomogen de produse de origine animală și vegetală — modificat și de hormoni, antibioticele și antisepticele adăugate pentru stimularea creșterii animalelor, vegetalelor, ca și pentru conservarea preparatelor finite. De asemenea, un rol important îl reprezintă și contaminările naturale prin paraziți, și mai ales prin fungi, digestia însăși degradînd aceste substanțe, pentru a da naștere unor subproduse, eventual și ele alergice. Totodată s-a mai constatat că unele proteine din laptele de vacă sînt inactivate prin fierbere, altele nu; de aceea, laptele ca atare, praf, acidifiat sau sub formă de iaurt, reprezintă prima cauză a alergiei digestive la sugari. Cît privește alergia majoră, aceasta este foarte rară, ingestia de lapte determinînd o stare de șoc cu vărsături, paloare și extremități reci. În același timp, alergia minoră este foarte variată ca manifestări, mai puțin gravă, regresînd mai mult sau mai puțin repede la reducerea laptelui. Sînt frecvente cazurile de refuz al laptelui, regurgitații, vărsături, colici, balonări abdominale, constipații sau diaree, eczeme, urticarii, încetinirea sau stagnarea creșterii. Chiar și grîul, prin proteinele din gluten — îndeosebi gliadina —, are o capacitate alergenică bine demonstrată. De aceea, introducerea prematură — înainte de 3-4 luni —, bruscă, a făinii de grîu, grîsului și biscuiților poate dezlănțui puternice tulburări digestive. Dar capacitatea antigenică a amidonului de porumb (zeamii) este mai redusă, iar a orezului foarte rară.

Proteinele din albușul de ou sînt deosebit de alergice (mai ales sub vîrsta de 10 luni), mai rar cele din gălbenuș. Dar să nu

uităm că acest efect îl au deseori la vîrstă respectivă chiar și portocalele. Un lucru este însă cert. În timp ce monotonia unui regim alimentar favorizează sensibilizarea, diversificarea treptată și la timp o evită sau o întîrzie. Nu este destul de clar faptul că, pe măsură ce copilul înaintează în vîrstă, secrețiile sale digestive îi sporesc cantitativ și calitativ, aceasta asigurîndu-l o degradare mai completă a alimentelor ingerate și eliminîndu-l probabil potențialul alergic.

— Prof. dr. ERVANT SEROPIAN: Dacă alergenii digestivi ocupă un loc important în patologia alergică, să nu uităm și

voltarea unei congestii de mucoasă nazală, hipersecreție de mucus, blocaj nazal sau, dimpotrivă, rinoree apoasă, prurit, strănut.

Aceste simptome apar izolat sau în asociere cu un astm bronic, conjunctivită sau urticarie. Alergenii cei mai cunoscuți sînt: praful de casă, penete, blana animalelor, mușcăturile atmosferice sau polenul, ultimele două particularizînd o evoluție sezonieră de primăvară-toamnă sau primăvară-vară.

Către diagnosticul de rinită alergică ne orientează contactele „sensibilizante”, întotdeauna aceleași, influențate deosebit de fa-

Cum de obicei la vîrstă mică gradul de sensibilizare a căilor aeriene este mai puțin important, iar posibilitățile de evitare a alergenilor mai ușor de realizat față de adult, adeseori este suficientă „ocolirea” contactelor cu alergenii sumată unei terapii de stimulare a apărării antiinfecțioase.

— Desigur că aceste măsuri se cer completate cu un tratament antialergic.

— Dr. JEANA RODICA RADU: Cînd aceste măsuri se dovedesc incomplete, se indică tratament antialergic nespecific, constînd din cură heliomarină, antihista-

✿

Respectarea regulilor de igienă și folosirea factorilor naturali stimulanți, prin curele munte și la mare, sînt principalele măsuri antialergice.

✿



efectul celor cu poartă de intrare respiratorie.

— Dr. JEANA RODICA RADU: Bineînțeles că și această grupă de alergenii, frecvent întîlniți la copii, sînt bine de cunoscut, pentru că manifestările alergice localizate la nivelul căilor aeriene superioare îmbracă aici fie aspectul rinitei aperiodice, fie cel al rinitelor periodice sau sezoniere. Ele sînt expresia reacțiilor alergice de tip imediat între alergenii, în general de mediu și inhalanți, și anticorpii specifici — reaginele.

Reacțiile alergice din acest grup se caracterizează prin dez-

vorabil de tratamentul antialergic.

— Dr. VALENTIN FILIP: Sugestive sînt și asocierile cu alte tipuri de manifestări alergice, „rezistența” unor așa-zise cataruri tratate corect, repetarea fenomenului cu incidență din ce în ce mai mare...

— Dr. JEANA RODICA RADU: Și este de remarcat că, în special la copil, manifestările clinice de alergie devin aparente atunci cînd cei doi factori — infecție și alergie — se asociază, impunînd soluționarea amîndurora.

minice, calciu etc. De asemenea, hiposensibilizarea specifică la un alergen, metodă de tratament proprie alergologiei, este indicată numai la copiii cu un mare grad de sensibilizare, în prezența unor alergenii deosebit de agresivi (polen, de exemplu) sau cînd măsurile profilactice față de alergen nu sînt posibile în totalitate.

— Considerați că astmul infantil constituie o problemă alergologică?

— Dr. VALENTIN FILIP: Astmul infantil constituie într-adevăr o problemă care preocupă

în egală măsură rețeaua de pediatrie și centrul de alergologie și imunologie. Astfel, criza de astm bronșic este tratată de pediatru, în timp ce prevenirea ei revine alergologului. O statistică recentă făcută în America apreciază că 1 din 5 copii suferă de astm sau bronșită cu caracter astmatiform până la vârsta de 7 ani. În 1974, centrul nostru de alergologie aprecia frecvența astmului infantil de 7 la sută.

— **Care considerați că sînt cauzele cele mai frecvente ale astmului la copil și ce se poate face pentru înlăturarea lor ?**

— Dr. VALENTIN FILIP : Cercetări tot mai numeroase făcute în diferite părți ale lumii susțin că astmul bronșic este în creștere la copil și că, în afară de factorul ereditar, mediul înconjurător și condițiile de viață acționează în primii ani ai copilăriei asupra organismului, creînd o anume reactivitate bronșică favorabilă instalării astmului.

Astmul bronșic infantil este mai frecvent, evident din cauza poluării atmosferice, în țările puternic industrializate și în centrele mari urbane, în familiile cu mulți copii și mai ales la copiii hrăniți artificial în primele 3 luni de viață.

Dar cea mai frecventă cauză a sa o constituie tot alergia respiratorie (66—70 la sută) față de cea de origine infecțioasă (30—34 la sută) din totalul îmbolnăvirilor. Cît privește cauzele de declanșare a crizelor, acestea sînt, de regulă, așa cum s-a mai arătat, alergeni introduși în organism odată cu aerul inspirat. Dar precizăm că în astmul infantil cauzele care pot declanșa sau întreține crizele nu se rezumă numai la alergii și infecții. Mai ales în astmul rebel la tratament trebuie căutați și alți factori care pot juca un rol important : cei iritanți ai căilor respiratorii, cei psihici și endocrini. Insistăm mai ales asupra factorului psihic — interrelația copil-părinți...

— **Ne puteți prezenta tratamentul cel mai adecvat al astmului infantil ?**

— Dr. VALENTIN FILIP : Desigur ! Reușita unui tratament în aceste cazuri este garantată de colaborarea foarte strînsă dintre părinți și medic. Părinții, și în special mama, trebuie să acorde copilului bolnav o supraveghere deosebită. Acești copii n-au voie măcar o perioadă de cîțiva ani să consume înghețată, băuturi reci, să facă eforturi mari (alergat, mers pe bicicletă). El trebuie să doarmă în camere cît mai simplu mobilate, bine aerisite, zilnic curățate. Controlul medical al acestor copii trebuie făcut periodic.

Crizele de astm necesită, fără îndoială, un tratament energic medicamentos, cu antibiotice, cortizonice și bronhodilatatoare. Nu trebuie însă să se abuzeze de acestea și în nici un caz nu le este permis părinților să le administreze cu de la sine putere, deoarece pot expune copiii la riscuri foarte mari.

— Prof. dr. ERVANT SEROPIAN : În ceea ce privește tratamentul de durată, experiența noastră ne-a arătat că de o mare eficiență este administrarea preventivă — înaintea sezonului umed și rece — a preparatelor polimicrobiene. Acolo unde este cazul — în astmul alergic pur — se pot face cu rezultate excepționale hiposensibilizarea specifică. Curele de vaccinare sînt indicate atît în bronșitele astmatiforme sau astmul infecțios cît și în astmul alergic infectat, desigur după ce infecția bronșică a fost tratată.

— **Fiindcă vorbim de vaccini în general, se știe că unora, după vaccinare făcute copiilor la dispensar, unii dintre aceștia fac puternice reacții locale. Despre ce este vorba ?**

— Dr. docent GABRIEL VASILIU : În zilele și săptămînile care urmează vaccinărilor pot apărea unele tulburări locale. Dar multe din acestea sînt puse

cu ușurință de părinți pe seama vaccinului. Astăzi există o experiență extraordinară de largă și un acord general privind efectele bune ale vaccinărilor și rarele incidente sau accidente datorate vaccinărilor. Bineînțeles că o mică parte din incidentele postvaccinale pot fi și boli alergice ; aceste aspecte excepționale de rare sînt ca și inexistente la sugar și copilul mic.

Manifestările alergice după trivaccin (difterie, tetanos, pertusis — tuse convulsivă) au de obicei o localizare cutanată, ușoară și trecătoare ; în orele care urmează vaccinării apare un placard roșu-violet, rar însoțit de febră și care dispăre de la sine în 3—5 zile. Vaccinarea antitifoparatică la copiii mari și adolescenți poate fi urmată mai des de atare manifestări.

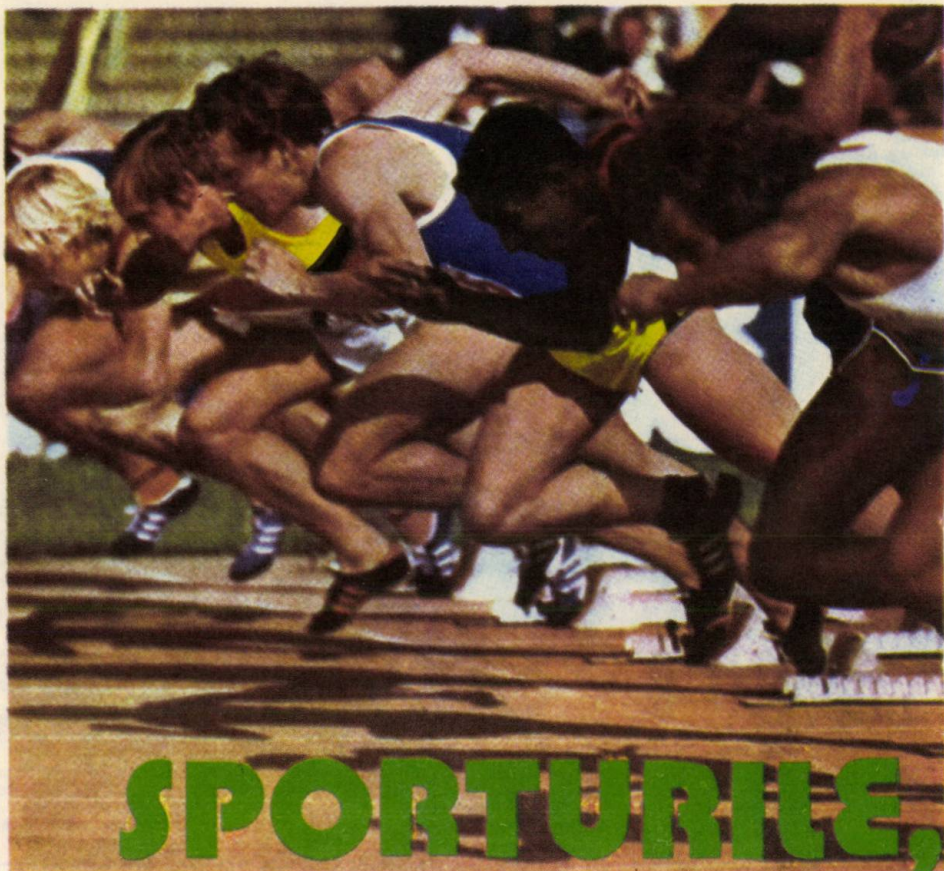
— **În asemenea condiții se pot face vaccinari la copiii alergici ?**

— Dr. docent GABRIEL VASILIU : Necesitatea vaccinării acestora nu poate fi pusă în discuție. Folosite cu cîteva precauții, vaccinurile sînt mai puțin periculoase pentru copilul alergic decît bolile pe care le împiedică. Părinții trebuie să aducă la cunoștința medicului bolile alergice de care a suferit copilul, și medicul hotărăște dacă vaccinul necesar trebuie amînat sau efectuat cu unele precauții. Totuși contraindicațiile copiilor alergici sînt eczemele pentru vaccinul antiviriolic în starea de boală acută alergică.

— **Ce incidență au îmbolnăvirile cutanate alergice la copii și care sînt formele mai des întîlnite ?**

— Dr. DUMITRU MUREȘAN : Existența la copil a unor dermatoze alergice constituie un fapt bine cunoscut. Începînd de la sugar, din prima copilărie se întîlnesc frecvent îmbolnăviri ca eczema și prurigo. Mai tîrziu, frecvența acestor îmbolnăviri scade, dar este posibil ca o parte din copiii care au prezentat

(Continuare în pag. 82)



așa cum nu le cunoașteți

O pledoarie pentru sport, pentru exercițiile fizice ar părea astăzi poate desuetă, anacronică sau măcar întîrziată. Toată lumea știe, cunoaște, dorește, poate sau, măcar în intenție, face sport. Iar atunci cînd între dorință și faptă se ridică lungile și înalte ziduri ale neputinței, comodității, lipsei de timp sau ale distribuției iraționale a acestui prețios buget, ne mai rămîne totuși o speranță, o supapă miraculoasă — devenim suporteri, spectatori, „microbiști”, croniciari sportivi, telespectatori sportivi etc., robi ai fascinantului fenomen sportiv, care, în secolul nostru, a contaminat toată omenirea, indiferent de vîrstă, sex, profesiune.

Cel puțin de peste două mii de ani iubim și înțelegem activitatea sportivă, dar secolul nostru — teribilul secol XX, al tuturor „revoluțiilor”, „exploziilor”, miracolelor, al întoarcerii omului spre natură, spre sine și societate, al preocupărilor pentru trecut și viitor, pentru Terra și alte planete — este, pe drept cuvînt, considerat secolul sportului.

Poate că oamenii au mai pătruns în sinea lucrurilor și au înțeles că fragila, delicata, grațioasă făptură umană merită un plus de aten-

ție, o preocupare mai profundă pentru conservarea, perfecționarea și armonizarea acesteia, adaptarea ei la condițiile noi și mereu schimbătoare ale mediului, considerarea atributelor morfologice și funcționale ale corpului omenesc ca parametri obiectivi și semnificativi ai gradului de civilizație al unei societăți.

Sociologi, filozofi, economiști, pedagogi, psihologi și alte categorii de gînditori caută elemente obiective și cu un înalt grad de reprezentativitate pentru definirea civilizației, prin parametri cantitativi și calitativi, accesibili și uzuali. Au fost chemați să încerce a marca aria noțiunii respective: educația, știința, cultura, sportul, arta, etica, precum și factori cantitativi, expresivi: consumul de săpun, de alimente etc.

Fenomene sociale cu largă răspîndire în epoca contemporană, cu adînci implicații de ordin biologic, educativ și cultural, educația fizică și sportul au primit astăzi votul de încredere al oamenilor de pretutindeni, al societății și organismelor care o conduc, pînă la cele mai înalte niveluri.

În țara noastră „educația fizică și sportul sînt activități de interes național”, prevăzute în documentele de partid și de stat, în legi și hotărîri, ele cuprind masele largi de oameni — de la copii la vîrstnici, bărbați și femei, fără diferență de naționalitate — în toate compartimentele : educația fizică și sportul școlar, sportul de masă și sportul de performanță.

Se cuvine să precizăm de la început că fiecărei vîrste îi corespunde un anumit gen de mișcare, iar particularitățile de sex, de experiență și pregătire anterioară, tipul constituțional și psihic condiționează și delimitează aria de activitate fizică a individului ; dacă mai adăugăm și gradul de sănătate, vom observa că mulțimea se destramă în grupe, din ce în ce mai mici, pînă la unitatea indisolubilă și fundamentală — omul, „măsura tuturor lucrurilor”, care va rămîne, în final, propria sa temă de lucru fizic, subiect și obiect, examinat și examinator, conducător și executant. Cu toate aceste temeuri de însingurare, omul va efectua activitatea sa fizică în colectiv, cu semenii săi, pen-

de a sensibiliza și oferi puncte de sprijin celor care doresc să se apropie de activitatea sportivă în scopul promovării propriei sănătăți, al conservării și optimizării sănătății colective.

ATLETISMUL

Din cele mai vechi timpuri și pînă în vremea noastră atletismul a fost considerat „sportul rege”, „sportul nr. 1”, datorită virtuților sale multiple, de ordin biologic, sanogenetic, educativ-formativ, artistic. Atletismul trebuie însă înțeles ca un domeniu și nu doar ca un sport, deoarece între hotarele sale cuprinde peste 36 de probe atletice (pentru bărbați și femei), care solicită toate calitățile motrice de bază : forța, viteza, rezistența, îndemnarea, toate tipurile de efort — aerob, anaerob și mixt, toate categoriile de vîrstă — copii, juniori, tineret, seniori și uneori chiar pe cei adulți de mai multă vreme.

Remarcabile sînt efectele funcționale pe care practicarea atletismului le oferă organelor, aparatelor și sistemelor, organismului în întregime. După proba practică și efortul specific al acesteia, vîrstă, sex și pregătire sportivă prealabilă, vor fi solicitate, stimulate, dezvoltate și perfecționate funcțiile aparatului cardiovascular, respirator, sistemul nervos și neuromuscular, endocrin, termoreglarea, metabolismul și altele, în grade și nivele diferite.

În sistematizarea și clasificarea probelor atletice specialiștii, folosind criterii diferite, au elaborat diverse scheme, dar o sinteză simplificată a acestora ar permite următoarea împărțire : alergări, aruncări, sărituri, probe combinate (triathlon, pentathlon). Prima grupă, la rîndul ei, se divide în 3 subgrupe : alergări de viteză, alergări de semifond, alergări de fond, mare fond și marșul sportiv.

Această categorisire intrunește cele mai multe accepții și este justificată de trăsăturile specifice asemănătoare ale probelor pe care le grupează. Astfel, alergările de viteză : 100, 200, 300 și 400 m plat pentru bărbați, respectiv 100, 200, 400 m plat pentru femei și 110, 200, 400 m garduri pentru bărbați, respectiv 100 m garduri pentru femei — solicită preponderent sistemul neuromuscular, organismul fiind supus unui efort maximal (în probele de 100 m plat, băieți și fete, 110 și respectiv 100 m garduri) și submaximal (în celelalte probe). De asemenea, efortul este anaerob, realizîndu-se pe seama energiei provenite din descompunerea unor substanțe chimice din mușchi, numite fosfatomacroergice (acidul adenozintrifosforic și fosfocreatina) și glicogenul. Rezultă deci că starea morfologică și funcțională a sistemului neuromuscular și a sistemului nervos central condiționează performanța în alergările de viteză, aflîndu-se totodată pe primul plan al solicitării, aparatele cardiovasculare și respirator situîndu-se pe un plan secund.

Exprimată în calorii, cheltuiala de energie în alergările de viteză este de 500 de calorii pe oră, valoarea cea mai scăzută din subgrupa respectivă, în care alergările de fond solicită 750 cal/oră, iar cele de semifond 930 cal/oră.

Alergările de semifond (600, 800 și 1500 m plat bărbați și femei), care durează între 1 și 5 minute, reclamă eforturi de intensitate mare, cu caracter anaerob și aerob, energia fiind eliberată atît pe seama descompunerii substanțelor fosfatomacroergice cît și prin procesele aerobe ale contracției musculare (în prezența oxigenului).



Practicarea ciclismului înseamnă stimularea aparatului cardiac, vascular, respirator, locomotor și a sistemului nervos central

tru că înseși jocul sportiv și întrecerea sportivă presupun și impun emulația, spiritul competitiv, dorința de a învinge.

Și astfel, ne învingem inerția și conformismul, gravitația comodității și a sedentarismului cu ajutorul exercițiilor fizice, al sporturilor, jocurilor și mișcărilor, oferind organismului nostru un plus de vigoare, de rezistență, de forță, suplețe, îndemnare, un tonus fizic, psihic și nervos optim desfășurării la nivel maximal a tuturor acțiunilor noastre. Dacă adăugăm mijloacelor educației fizice și sportului alți factori, ca : alimentație rațională, regim de viață echilibrat, cură de altitudine, cure heliomarinare, măsuri de profilaxie, controlul medical periodic, vom avea toate motivele să aspirăm la o stare de sănătate foarte bună, în accepția sa completă biopsio-socială.

În rîndurile ce urmează am încercat să schițăm cîteva trăsături fiziologice ale unor sporturi, fără pretenția de a epuiza evantaiul problemelor morfo-funcționale ale activității respective, ci doar cu buna intenție de a informa,

Caracterul mixt și complex al efortului cere organismului o stare funcțională perfectă a sistemului nervos central, vegetativ și endocrin, a aparatului cardiovascular și respirator, a aparatului locomotor, precum și alte funcții ale organismului.

Alergările de fond și mare fond (5 000, 10 000 m) și marșul sportiv (5, 10, 20 și 50 km) sînt probe atletice eminentamente aerobe, în care intensitatea efortului este moderată sau mică, iar durată mare, energia necesară realizîndu-se pe seama absorbției de oxigen la nivelul țesutului muscular. Funcțiile mai solicitate sînt cele ale aparatului cardiovascular, respirator, neuro-endocrin, metabolismul și altele. Datorită volumului și duratei efortului, uzura organismului este însemnată, ceea ce impune măsuri de refacere și recuperare (proteine, săruri minerale, vitamine, apă etc.). În realizarea performanței un rol deosebit îl au reglarea neuroendocrină

cu nivel de tehnicitate. Ele solicită și dezvoltă forța, viteza, îndemnarea și alte calități, angajează mase mari de mușchi, aparate și sisteme, efortul fiind predominant anaerob. Și în aceste probe activitatea nervoasă superioară este angajată, iar calitățile psihice ale sportivului reprezintă cerințe de prim ordin.

CANOTAJUL

Barca a intrat în viața omului din timpuri imemorabile, însoțindu-l în scopuri utilitare și sportive, modificîndu-și forma, structura, gabaritul, mijloacele de deplasare, astfel încît astăzi canotajul reprezintă o sumă de ramuri (canotaj popular, academic, calac, canoe, yahting),



Daciada, această mare competiție a armoniei și sănătății

optimă, o mare economie metabolică a efortului de-a lungul întregului traseu și o bună pregătire psihologică. Interesant de remarcat este faptul că alergările se bucură de mare popularitate în întreaga lume de la copilărie și pînă la bătrînețe.

Alergarea de rezistență, pe anumite distanțe, care cresc progresiv și concordant cu starea generală și nivelul de pregătire, este practică azi ca o adevărată „cură de sănătate”, în cluburi, asociații, cvartale de locuințe, grupuri etc. Alături de gimnastica de înviorare, expunerea la soare, excursiile, drumețiile, mersul pe jos și alergarea completează arsenalul mijloacelor de conservare și promovare a sănătății.

Celelalte două grupe ale atletismului — săriturile (în lungime, triplu salt, în înălțime, săritura cu prăjină) și aruncările (aruncarea greutății, ciocanului, discului, suliței) au trăsături specifice care le individualizează și un cres-

flecarea dintre ele cu un număr variabil de probe.

Privite din punct de vedere sanogenetic, sporturile nautice au o influență binefăcătoare asupra organismului, atît prin efortul la care îl supune — ciclic, ritmic, de intensitate diferită etc. — cît și prin mediul ambiant de desfășurare a probelor — apă, aer, soare.

Durata probelor este condiționată de distanța acestora, variînd de la 500 m la 10 000 m, de forma ambarcațiunii, modul de deplasare, numărul de persoane din barcă; caracterul efortului (aerob-anaerob) este, de asemenea, variabil, în funcție de ramura respectivă și de probă. Masele musculare angrenate în efort sînt dependente și de poziția corpului în barcă. De aici rezultă marea diversitate a probelor de canotaj, respectiv a efortului depus în cadrul acestui sport, accesibilitatea sa largă, deschisă oricărei vîrste și ambelor sexe, posibilitatea do-



zării efortului, corespunzător nivelului de pregătire fizică și specială. Necesarul caloric în canotaj este crescut, în medie 500 cal/oră. Organele, aparatele și sistemele cele mai solicitate sînt: aparatul respirator, cardiovascular, locomotor, sistemul neuro-endocrin. Efortul din canotaj solicită calități motrice de bază: forța, rezistența, îndeminearea, viteza (de reacție și de execuție) într-o ordine diferită, variabilă după proba efectuată, respectiv caracterul efortului din proba respectivă.

Canotajul dezvoltă masele musculare, întreține și optimizează principalele funcții ale organismului, are efecte favorabile asupra sistemului nervos central.

CICLISMUL

Mersul cu bicicleta, alergarea în cursele de viteză sau de rezistență au devenit în zilele noastre obișnuite și din ce în ce mai mult trebuie impuse de lupta împotriva sedentarismului. Sport mecanic de largă audiență în mase, bazat pe deprinderi motrice ce se formează la vîrstă preșcolară, ciclismul, prin elementele lui tehnice și sportive, precum și prin efectele pe care le are asupra organismului la toate vîrstele, reprezintă o activitate utilă, plăcută și indispensabilă păstrării sănătății.

Durata și intensitatea efortului în ciclism depind de proba respectivă, de la kilometrul lansat ce durează cîteva minute și pînă la cursele cicliste de mare anvergură ce durează mai multe zile, sportivii străbătînd distanțe de mii de kilometri, în etape succesive.

Indiferent de probă, efortul este efectuat prin mișcări ciclice de pedalare alternativă dreapta-stînga, ce angrenează în activitate masele musculare ale membrelor superioare și centurii pelviene (efort dinamic) și solicită un efort static membrilor superioare și trunchiului, responsabile cu menținerea echilibrului și poziției corecte pe bicicletă. Efortul are un caracter aerob, iar organele, aparatele și sistemele cele mai solicitate sînt: aparatul cardiovascular, respirator, locomotor, excretor, sistemul nervos central, analizatorii vestibular și vizual. Nevoile calorice pe oră diferă după probă și cresc progresiv: ciclismul de pistă — 220 calorii/oră; ciclismul rutier — 360 calorii/oră; ciclismul rutier împotriva vîntului — 600 calorii/oră.

Avantajele ciclismului și acțiunea de conservare și optimizare a stării de sănătate sînt completate și extinse prin: condițiile naturale de desfășurare a efortului — în aer liber, de obicei în afara orașului; prin formele organizatorice — excursii cicloturistice în grupuri, cu clasa sau detașamentul de pionieri, colegii din atelier sau secție etc. Valențele educativ-formative și informaționale, de ordin geografic, istoric, cultural etc., în funcție de obiectivul turistic al excursiei pe biciclete, întregesc valoric acțiunea efectuată, îmbinînd armonios utilul cu plăcutul.

GIMNASTICA

Ne-am obișnuit în ultimii ani cu recitalurile de măiestrie sportivă și frumusețe, ale „stelor” noastre — Nadia Comăneci, Emilia Eberle, Melita Rühn —, care au convertit în elemente de gimnastică liber alese zborul păsărilor. Gimnastica este unul dintre cele mai răspîndite sporturi din țara noastră, accesibil oricărei vîrste și cu o largă paletă de discipline, variînd

de la gimnastica igienică (de înviorare, de angrenare) la cea sportivă, acrobatică, artistică de niveluri performanțelor absolute.

Toate calitățile motrice de bază sînt solicitate, angrenate și dezvoltate în practicarea gimnasticii: forță, rezistență, îndemînarea, viteză, participînd la realizarea unor deprinderi și stereotipuri dinamice specifice, necesare acțiunii competiționale și utile activităților cotidiene, curente.

Întregul organism este angajat în practica gimnasticii, de aici desprinzîndu-se marea sa valoare profilactică, terapeutică și sanogenetică ce a determinat folosirea preponderentă a mijloacelor gimnasticii în recuperare, reeducare funcțională, în prevenirea unor atitudini deficiente sau deficiențe fizice, destul de răspîndite la vîrsta școlară. Aparatul neuro-muscular, locomotor, analizatorii și alte funcții participă la formarea unui nivel de coordonare motrică. Dezvoltarea armonioasă a corpului, la băieți și fete, constituie alt obiectiv al gimnasticii. Plastică armonioasă a corpului, ținută elegantă, atitudinea degajată conferă gimnastului sau gimnastei particularități reprezentative, individualizîndu-l ferm în masa altor sportivi.

Aparatele și sistemele corpului omenesc sînt angajate în mod variabil în gimnastică, efortul fiind diferit ca durată și intensitate, în funcție de probă și avînd totodată un caracter distinct anaerob sau aerob. Alternarea lucrului activ cu pauze sau cu lucrul altor grupe musculare, alternanța exercițiu-pauză, corespunzător succesiunii probelor pe aparatele de gimnastică, oferă posibilități de odihnă alt sistemului nervos, cit și marilor funcțiuni ale organismului — în gimnastica de performanță. Lucrul pe diferite grupe musculare (analitice), posibilitatea dozării efortului, localizarea efectelor acestuia, continuității lui în ședințe repetate conferă virtuți sanogenetice și recuperatorii exercițiului fizic din gimnastică, ce justifică marea sa folosință în refacere, recuperare, reeducare, precum și în profilaxie.

Gimnastica, sub diferitele ei forme, trebuie să-și găsească, de asemenea, locul său în programul zilnic al omului modern, alături de alergare, înot, mers pe jos și alte activități fizice, recreative și reconfortante. Ele pot menține la un nivel optim tonusul cortical și neuromuscular, conferind omului vigoare, vioiciune, bună dispoziție fizică și psihică.

INOTUL

Sport cu mare valoare sanogenetică aplicativă, prin atributele sale biologice și utilitariste. Practicarea sa, îndeosebi în sezonul cald, reunește efectele mediului ambiant — apă, aer, soare — în procesul de călire pe care le adaugă acelor rezultate din efortul propriu-zis, contribuind la dezvoltarea armonioasă a corpului, fortificarea sa, a capacității de efort, la promovarea sănătății.

Înotul poate fi învățat la cele mai mici vîrste (2-4 ani) și practicat pînă la bătrînețe. Cursele pe distanțe scurte solicită calități motrice — viteză și forță, precum și un consum de 700 de calorii pe oră; cursele pe distanțe lungi solicită (și dezvoltă) rezistența, nevoile calorice fiind de 450 de calorii pe oră. Influența sa asupra aparatelor, organelor și sistemelor corpului omenesc este amplă și pregnantă. Aparatul respirator, cardiovascular, sistemul nervos, sistemul muscular sînt stimulate funcțional și solicitate intens. Deși practicate într-un mediu deosebit pentru om, înotul și jocurile în apă

— polo — reprezintă mijloace eficiente în combaterea sedentarismului, nevrozelor, obezității, în tonificarea generală a corpului, dezvoltarea masei musculare, mărirea capacității vitale, a capacității de efort, ceea ce justifică marea sa popularitate și acțiunile organizate pentru instruirea copiilor și pionierilor în acest sport (acțiunea „Delfinul“, „Mici înotători“ etc.). Dincolo de utilitatea sa curentă, înotul intrunește valențe artistice, reunește virtuți biologice, pedagogice și psihologice, fiind considerat în mod justificat drept una dintre cele mai complexe activități sportive.

JOCURILE SPORTIVE

Fotbalul, baschetul, voleiul, handbalul, rugbiul, tenisul de cîmp și celelalte jocuri sportive constituie zona cea mai „fierbinte“ a activităților sportive, care, cu o ritmicitate pedantă, adună săptămînal pe stadioane și terenuri sute de sportivi, iar în tribune zeci de mii de spectatori, majoritatea înclinînd temperamental spre participarea totală și absolută.

Pe lîngă aspectul de spectacol și valențele lui instructiv-formative, jocurile au o importantă valoare sanogenetică mai ales la vîrsta copilăriei, cînd elementul joc reprezintă esența dinamicii cotidiene. Jocurile sportive reclamă eforturi de intensitate variabilă, caracterul efortului fiind de asemenea variabil — aerob, anaerob și mixt. Ele solicită și dezvoltă toate calitățile motrice: forță, viteză, rezistență și mai ales îndemînarea, care se perfecționează în timp mai lung și după multe repetări, atunci cînd se fixează stereotipul dinamic, respectiv se însușește perfect dependențe necesare jocului. Cele mai solicitate sînt sistemul nervos și sistemul neuromuscular, aparatul locomotor și analizatorii, care, prin exercițiu, ajung să atingă un ridicat nivel funcțional — conducînd la realizarea unui stereotip dinamic specific jocului respectiv; „simțul mingii“, „simțul rachetelor“ etc. sînt expresii cumulate ale perfecționării unor funcții și analizatori la sportivii de înaltă performanță.

Un nivel de solicitare mai redusă cunosc aparatele cardiovasculare și respirator, datorită numeroaselor momente din jocuri cînd efortul de intensitate redusă alternează cu cel intens, în funcție de faza de joc, oferind organismului posibilitatea revenirii parțiale la valorile de repaus ale acestor funcții.

Practicarea sistematică a jocurilor sportive se poate face de la 10-12 ani și pînă la vîrsta adultă. Solicitățile complexe și variate ale jocurilor constituie mijloace valoroase sanogenetice, mai ales din punct de vedere neuropsihic. Cheltuiala de energie este, de asemenea, variabilă, de la 400 de calorii/oră la fotbal, pînă la 500 de calorii/oră la baschet, handbal, rugbi.

În acțiunea de combatere a bolilor specifice civilizației contemporane — ateroscleroză, boli de nutriție (obezitate, diabet) — jocurile sportive au o eficiență medie, datorită variabilității mari a intensității efortului, caracterului alternant (aerob-anaerob) și mixt al acestuia, lipsei posibilității de dozare judicioasă a eforturilor în timpul jocului. În schimb, prin valențele formativ-educative, jocurile sînt prețioase mijloace de dezvoltare a unor trăsături ale personalității omului în cadrul grupului sportiv și social. Camaraderia, înțințurarea, respectul pentru coechipier și adversar, spiritul de echipă,



cinstea, corectitudinea, autoexigența sînt doar cîteva dintre calitățile pe care le dezvoltă și perfecționează jocurile sportive. Îmbinarea dezvoltării fizice și a celei neuropsihice, iată valențele bio-psiho-sociale ale jocurilor sportive.

Un umorist spunea odinioară că adevăratul sportiv este supporterul care trebuie să aibă nervi de oțel, răbdare de fier și mai ales rezistență. În spatele glumei se ascunde un adevăr: angajarea și dezangajarea psihică pe care o incumbă în rîndul supporterilor spectacolul sportiv, pe lîngă valențele estetice utile satisfacerii legitimei nevoi de frumos a omului reprezintă și un canal de eliminare și neutralizare a stărilor de tensiune, de stress. Astfel, alături de plîmbăriile în aer liber, de excursii și drumeții montane, spectacolul sportiv constituie un mijloc de deconectare psihică, de tonificare și revitalizare a forțelor neuropsihice ale omului contemporan.

Lector univ. dr. **Viorel DIMITRIU**

(Urmare din pag. 76)

dermatoze alergice în prima copilărie să rămînă cu o sensibilitate cutanată crescută pe tot restul vieții și să repete asemenea boli și la vîrsta adultă. Față de dermatozele alergice întîlnite la adult, la copil se remarcă frecvența scăzută a dermitelor și eczemelor de contact.

— **Ce cauze principale favorizează apariția acestor dermatoze alergice?**

— Dr. DUMITRU MUREȘAN: În sensibilizarea alergică cutanată la copil intervin factori multipli și mecanisme complexe, dintre care unele insuficient cunoscute. O parte dintre aceștia sînt legați de mediul înconjurător, alimentație, contactul cu diferite medicamente, microbi, paraziți etc. Alți factori sînt legați de însuși organismul bolnavului, de teren, cum se spune în medicină, de modalitățile sale reactive. Astfel vom aminti factorii genetici, modificările survenite în reactivitatea imunologică și a sistemului nervos neuro-vegetativ. Toate aceste modificări apar în complexitatea lor în cadrul unei forme deosebite de sensibilizare alergică cutanată în dermatita atopică.

— **Ce este dermatita atopică și prin ce se caracterizează?**

— Dr. DUMITRU MUREȘAN: Ea debutează în copilărie, avînd

des un caracter familial și ereditar. În cursul evoluției, care se întinde pe mai mulți ani, îmbracă multe forme, începînd de la eczema sugarului, la eczema cronică lichenificată localizată în special în pliele mari, la antebrațe și spațiul poplitei la copii de vîrstă preșcolară și școlară. Sub această formă poate persista și la adult. Bolnavii cu dermatită atopică au o sensibilitate crescută față de anumiți alergeni, cum sînt alimentele de origine proteică — lactate și proteine de ou —, medicamente, pneumalergeni — praf, polen, mușcagiuuri — și față de unele infecții bacteriene și virale.

— **Cum se poate realiza profilaxia manifestărilor alergice cutanate la copii și care sînt perspectivele oferite de tratamentele actuale?**

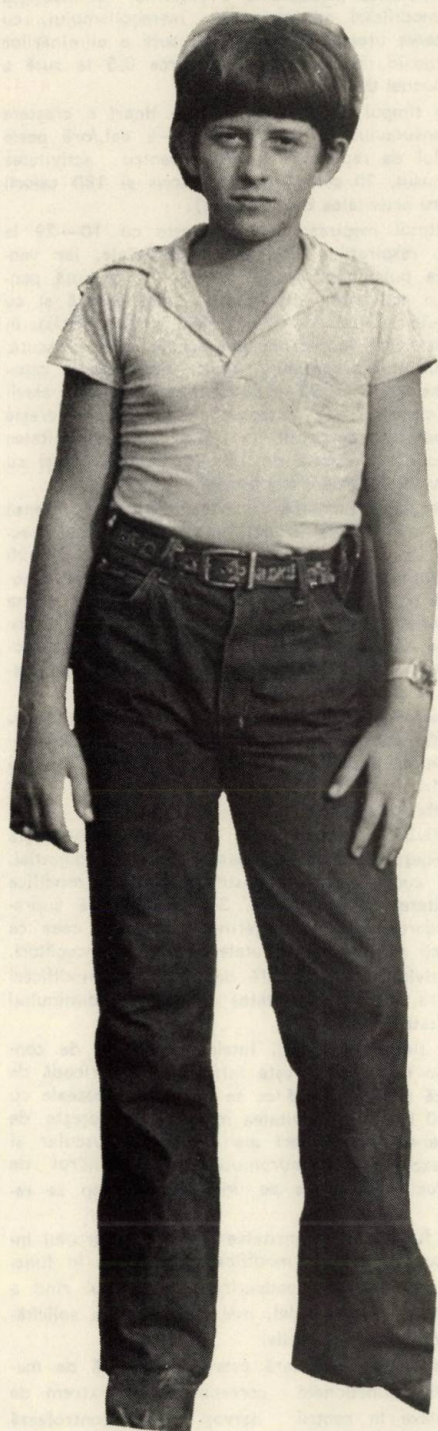
— Dr. DUMITRU MUREȘAN: Profilaxia sensibilizărilor alergice cutanate la copil urmărește în primul rînd evitarea expunerii la alergenii întîlniți mai des aici; aș mai menționa necesitatea unei alimentații raționale, începînd cu alimentația naturală a sugarului, evitarea abuzului de medicamente cu risc de sensibilizare alergică, cum sînt sulfamidele, antibioticele și antipireticele, asigurarea unor condiții de mediu corespunzător, respectarea regulilor de igienă și folosirea

factorilor naturali stimulanți prin cure la munte și la mare. Tratamentul medical propriu-zis al acestor îmbolnăviri se adaptează fiecărui caz în parte în raport cu aspectul clinic, vechimea leziunilor și complicațiile supraadăugate. Evident că mînuirea mijloacelor terapeutice moderne revine exclusiv specialității.

— **Fără îndoială că pentru buna reușită a tratamentului în dermatozele alergice ale copilului, ca dealtfel în toate celelalte afecțiuni alergice, este necesară o strînsă colaborare între părinți și medic, aceștia avînd rolul să asigure aplicarea întocmai a indicațiilor privind regimul medicamentos, alimentar și de viață.**

— Prof. dr. ERVANT SEROPIAN: În concluzie, diversitatea manifestărilor de tip alergic și varietatea de factori alergizanți au îmbogățit cauzistica medicală, dar și posibilitatea cunoașterii lor, astăzi putîndu-se afirma, după o activitate destul de mare, că sîntem în situația de a depista din timp, a preveni și a trata orice formă de maladie alergică, că există de acum o experiență pozitivă în acest domeniu al medicinei.

Consemnări de
dr. George M. GHEORGHE



Studii — cercetări — opinii

ADOLESCENTUL

acest
„70 la sută adult“
care învață,
muncește
și gîndește
la viitor

Ce știm despre adolescenții de azi? Constatăm că sînt mereu mai înalți decît erau părinții lor la vîrsta acestora, nerăbdători să intre în viață, bat la toate porțile experienței învățînd, muncind, iubind.

Cercetătorii, pedagogi, psihologi, sociologi, medici, studiază amănunțit comportamentele, testează reacțiile, măsoară capacitatea de efort, determină posibilitățile de cunoaștere, stabilesc criterii de adaptabilitate, pun față în față calități și aspecte biofizice și psihice.

Ce știu deci cercetătorii de azi despre adolescenții de azi? Vă oferim cîteva răspunsuri aparținînd unui grup de cercetători ai Institutului de igienă și sănătate publică din București.

NIVELUL CAPACITĂȚII DE EFORT INTELECTUAL PREZINTĂ OSCILAȚII TIPICE

**Fiziologia muncii intelectuale • Solicitări fizice
• Adolescentul și adultul • Limitele adaptării**

Procesul de dezvoltare multilaterală și accelerată a societății amplifică cerințele și solicitările procesului de instruire și formare. Întreaga fiziologie a organismului în adolescență, funcțiunile sale de cunoaștere, întreaga personalitate se află angajată într-un efort care trebuie dozat pentru evitarea alterării capacității de lucru a elevilor. Impunerea unor cadențe prea rapide în activitatea intelectuală duce foarte repede la oboseală. Dar și un ritm lent de activitate, o activitate care nu obligă la un efort nici măcar minimal de prelucrare a informației poate să devină repede foarte puțin interesantă și plictisitoare.

Un efort mental, moderat, este deci necesar în orice activitate școlară, pentru ca aceasta să nu devină monotonă, lipsită de interes și de stimulul necesar în fenomenele de antrenare.

Ca urmare a unei activități intelectuale de durată, apar modificări funcționale ale sistemului nervos. Într-o primă perioadă de 1/2—1 oră de la începerea activității se observă o îmbunătățire continuă a posibilităților de concentrare a atenției, de percepție, gândire și memorare — pînă la nivelul optimal. După perioada de adaptare începe perioada de randament optim, care durează, în funcție de vîrstă, circa 2—3 ore, după care încep să se facă simțite reduceri ale randamentului funcțional neurocortical sub influența oboselei care se instalează treptat. Într-o primă fază oboseala alterează randamentul calitativ al activității, dar nu și cantitatea muncii făcute. După un timp, care variază de la 1 la 2 ore, se reduce și randamentul cantitativ.

Activitatea școlară este însoțită, de asemenea, și de o componentă emoțional-afectivă — în general de tonalitate pozitivă determinată de caracterul social al sarcinilor școlare. Cînd încordarea emoțională este însă prea intensă și de ordin negativ (teamă, neliniște, tristețe) sau durabilă, se poate ajunge la serioase tulburări în activitatea sistemului nervos.

În timpul activității intelectuale, în clasă, se efectuează și un travaliu muscular (legat de activitatea de scriere) la nivelul musculaturii brațului și antebrăului drept, la nivelul musculaturii externe a ochilor, la nivelul musculaturii gîtului și spatelui (pentru menținerea poziției în timpul lucrului). Desigur, este vorba de un efort fizic de mică intensitate, dar care poate să devină obositor prin durată, lipsa de confort de lucru (bancă sau scaun nepotrivit ca dimensiuni, condiții de ambianță nefavorabile activității psihice, iluminat insuficient, microclimat nefavorabil, zgomot).

Activitatea intelectuală a școlarilor se însoțește de modificări minimale ale metabolismului, cu creșterea ușoară de circa 2 la sută a eliminărilor de bioxid de carbon și cu circa 0,5 la sută a producției de căldură.

În timpul lecturii s-a găsit la tineri o creștere a consumului de energie de 7—8 cal./oră peste nivelul de repaus (10 calorii pentru activitatea de cusut, 20 calorii pentru scris și 180 calorii pentru activitatea de timpplărie).

Ritmul respirator se mărește cu 10—29 la sută, respirațiile fiind mai superficiale, iar ventilația pulmonară crește cu 10—13 la sută pentru o activitate intelectuală mai ușoară și cu 20—30 la sută pentru o activitate mai dificilă, în special cînd încordarea emoțională este crescută. La sfîrșitul programului școlar zilnic scade capacitatea vitală cu 90—150 centimetri cubi la elevii din clasele I—IV. Suprasolicitarea psihică crește temperatura corporală în raport cu intensitatea efortului, cu durata de 15—30 de minute, și cu gradul de încordare emoțională.

Circulația sanguină în creier este mai intensă prin vasodilatație locală. Pulsul devine mai frecvent în timpul efortului intelectual cu 15—20 bătăi/minut și distribuția masei sanguine se modifică în favoarea extremității cefalice și în dauna periferiei cutanate și a unor viscere. Elevii care nu se angajează la efortul necesar în cursul programului școlar au o frecvență cardiacă mai redusă la sfîrșitul zilei de lucru.

Presiunea arterială crește ușor într-o primă perioadă, scăzînd apoi dacă se instalează oboseala. În timpul examenelor și lucrărilor de control modificările cardiovasculare și respiratorii sînt deosebit de ample.

Activitatea preponderent intelectuală încordată stînjește în oarecare măsură funcția digestiei, după cum și digestia gastrică poate să modifice activitatea neurocorticală. S-a observat că supraîncordarea nervoasă determină anorexia, ceea ce explică scăderea în greutate a elevilor începători.

Activitatea intelectuală determină și modificări urinare, crescînd cantitatea de urină și diminuînd densitatea acesteia.

În timpul activității intelectuale forța de contracție musculară crește într-o primă perioadă de muncă și scade după ce se instalează oboseala cu 3—20 la sută. Activitatea mentală se însoțește, de asemenea, de creșteri ale tonusului muscular și ale excitabilității neuromusculare. Numărul de contracții musculare pe unitatea de timp se reduce.

În funcție de intensitatea și durata efortului intelectual se produc modificări vizibile și în funcțiile unor glande endocrine, în primul rînd a tiroidei și suprarenalei, mai cu seamă la solicitările intelectuale durabile.

Activitatea musculară este nedespărțită de manifestări funcționale corespunzătoare extrem de complexe în centrul nervos care controlează munca fizică. Activitatea musculară determină

multiple modificări funcționale, metabolice, cardiovascular, respiratorii, neurohormonale și neuropsihice.

Se admite de unii cercetători că efortul la care pot fi supuși adolescenții între 13 și 18 ani reprezintă între 70 și 78 la sută pentru băieți și 60 și 67 la sută pentru fete din efortul maximal

cerut unui bărbat adult în timp de 8 ore de lucru (2 000 kcal./schimb).

Raportul dintre cheltuiala de energie admisă pentru un adult pe schimb (2 000 kcal = 100) și cheltuiala de energie pe schimb admisă pentru adolescenți poate fi apreciată în funcție de următoarele standarde stabilite de Hellbrügge :

Vîrstă ani	% din cheltuiala de energie a adultului (2 000 kcal.)		Cheltuiala de energie coresp. în kcal. pe schimb	
	Masculin	Feminin	Masculin	Feminin
13—14	70	60	1 400	1 300
15—16	81	65	1 600	1 200
17—18	87	67	1 750	1 350
19—20	95	69	1 800	1 400
21—30	100	70	2 000	1 400

Ca urmare a nevoilor crescute de oxigen, în timpul activității musculare crește frecvența pulsului linear cu intensitatea efortului dinamic pînă la frecvența de 160/minut.

Forța musculară a elevilor de 10 ani măsoară dinamometric numai 40 la sută din cea a adultului tînăr (25 de ani), 50—60 la sută la 14 ani și 80—90 la sută la 18 ani. După instalarea pubertății (13 ani $\pm$ 1 an), fetele au capacitate de lucru muscular reprezentînd 2/3 din forța fizică a băieților.

Cercetări sistematice arată că nivelul capacității de efort intelectual al adolescenților prezintă oscilații tipice în cursul unei zile, în cursul săptămîinii și în cursul anului școlar.

Sucesiunea perioadelor de activitate cu randament intelectual crescut și de odihnă este strîns legată de bioritmul nictemeral al organismului și modificările procesului de reglare, neurovegetative, caracteristice acestuia. Complexele fenomene ergotrope sînt prezente în perioadele de activitate eficientă, alternînd cu cele în care predomină cerințele de refacere funcțională și tisulară caracterizate prin orientarea trofotropă a proceselor metabolice. Nevoia de odihnă se exprimă mai frecvent în timpul zilei la școlari între orele 13 și 14 și după ora 20—21 pînă la orele 6—7.

În funcțiile de bază cardiace, respiratorii și în reglarea neurovegetativă a activității organelor interne, ca și în procesele metabolice și umorale legate de efort s-au constatat oscilații ritmice nictemerale. În paralel cu aceste modificări periodice fiziologice, se modifică randamentul activității intelectuale, capacitatea de calcul aritmetic și timpul de latență al reacțiilor la stimuli senzoriali și verbali.

La copii și adolescenți randamentul la proba de lucru, ca și latența reacțiilor motorii și capacitatea de diferențiere a stimulilor reflectă o perioadă de randament maxim în primele ore ale dimineții și de scădere la amiază în jurul orei 13—14. Capacitatea de lucru crește din nou după-amiază pînă la orele 16—17, după care se ob-

servă scăderea randamentului foarte evident după ora 20.

Cercetări mai recente au arătat că în cursul unei săptămîni capacitatea de lucru a elevilor este mai redusă în prima și ultima zi a săptămîinii, crește treptat de luni pînă miercuri și începe să scadă de joi pînă sîmbătă. În zilele cu o mai redusă capacitate de lucru este necesar ca solicitările școlare să fie mai mici. S-au observat, de asemenea, reduceri importante ale capacității de lucru la sfîrșitul trimestrului, la sfîrșitul anului școlar și după perioadele de lucrări de control sau de examene.

Prof. dr. Gheorghe TĂNĂSESCU



ORGANISMUL ADOLESCENTULUI SE ADAPTEAZĂ MAI BINE LA SOLICITĂRI DE INTENSITATE CRESCUTĂ, DAR DE SCURTĂ DURATĂ

Factori și condiții de suprasolicitare • **Legile bioritmurilor** • **Surmenaj prin... stress familial**
• **Oboseală psihică și oboseală fizică** • **Mijloace de echilibrare și reechilibrare.**

Activitatea intelectuală, la școală sau acasă, obosește, cerind eforturi de durată din partea sistemului nervos, cu cheltuială însemnată de energie. Sînt intens solicitate gîndirea, atenția și capacitatea de concentrare, organele vederii și ale auzului. Componenta emoțional-afectivă a acestor activități solicită, de asemenea, psihicul într-o măsură care nu trebuie neglijată. Activitatea mentală prea intensă și durabilă, fără perioade de relaxare, suprasolicită sistemul nervos, determinînd instalarea oboselii. Aceasta duce la scăderea capacității de lucru, prin schimbări funcționale la nivelul scoarței cerebrale, prin modificări senzoriale, neurovegetative, cardiovasculare, respiratorii; paralel, scade și randamentul intelectual, atît cantitativ cît și calitativ.

Oboseala constituie un semnal, vestind că posibilitățile organismului au atins limita fiziologică, că a sosit momentul odihnei pentru refacerea puterii de muncă.

Care sînt urmările principalilor factori de surmenaj? Învățarea prelungită seara și noaptea, fără pauze pentru relaxare, fără odihnă din ziua liberă a săptămîinii, determină diminuarea capacității de înțelegere și de memorare. Reducerea orelor de somn nu permite refacerea capacității de muncă, ci contribuie la permanentizarea oboselii și la instalarea unei stări psihice caracterizate prin neliniște, nervozitate, neîncredere în propriile forțe. O astfel de stare antrenează diminuarea poftei de mîncare, apariția unor tulburări digestive și, paralel, tulburări de somn.

Suprasolicitarea puterii de muncă a adolescentului, în special în perioada finală a trimestrului, în preajma examenelor este mai puternică și are efecte nefavorabile dacă atmosfera familială este necorespunzătoare. Lipsa de înțelegere a părinților, exigența lor prea mare, dădăceala, ca și severitatea sînt factori cu puternic răsunet asupra psihicului, afectivității adolescentului aflat în stare de tensiune nervoasă, în pragul oboselii, supus unor solicitări multiple.

Atmosfera caldă și de înțelegere în familie reconfortează și creează climatul necesar pentru munca intelectuală a adolescentului, alături de crearea condițiilor corespunzătoare, igienice la locul de lucru și organizarea corectă a regimului de viață, în cursul zilei, prin alternarea activității cu odihna, printr-o alimentație rațională și la ore regulate, prin plimbări sau exerciții fizice zilnice, cu evitarea excesului de pregătire extrașcolară, în special în ajunul examenelor.

Există și un alt fel de suprasolicitare, cea care duce la oboseală fizică, ca o reacție de apărare a organismului. S-a constatat că după un efort fizic obosesc nu numai mușchii, ci și centrii nervoși care au controlat activitatea motorie efectuată; de asemenea, apar modificări circulatorii sub forma măririi frecvenței pulsului și creșterea tensiunii arteriale, modificări respiratorii traduse prin respirații mai frecvente sau mai ample, creșterea temperaturii corporale ș.a.

Cele două sexe răspund diferit la un același efort fizic, modificările funcționale fiind mai accentuate la fete față de băieți. De asemenea, răspunsul organismului la efortul fizic este mai bun la adolescenți, proporțional cu vîrsta și cu dezvoltarea fizică. Pînă la 18 ani capacitatea de muncă fizică este în plină dezvoltare, corespunzător proceselor de maturizare sexuală și somatică. Dacă la 11 ani fetele au o capacitate de muncă fizică relativ mai mare decît băieții de aceeași vîrstă, la 12 și 13 ani cele două sexe au posibilități funcționale asemănătoare de a răspunde la un același efort fizic, iar de la 14 ani băieții au o capacitate de muncă fizică mai mare decît fetele.

Între 11 și 18 ani se succed mai multe sub-perioade evolutive în adaptarea și dezvoltarea



funcțională: 11—13 ani, 14—15 ani, 16—17 ani și 18 ani. Se remarcă faptul că la 17 ani ambele sexe prezintă răspunsuri funcționale la efort relativ mai ample decât la 16 ani, fapt care arată că la 17 ani organismul se află într-o nouă fază de labilitate și reactivitate crescută, maturizarea funcțională nefiind definitivată. În schimb, vârsta de 18 ani reprezintă o treaptă superioară de echilibrare, un grad superior de adaptare, posibilități funcționale crescute de a face față unor solicitări fizice.

De aceea, în cazul supunerii la o solicitare fizică trebuie să ținem seama în primul rând de gradul de dezvoltare fizică și maturizare puberală în cadrul grupului de adolescenți de aceeași vîrstă și sex. Astfel încît cei cu dezvoltare staturoponderală mai redusă să efectueze eforturi fizice mai puțin intense decât colegii de aceeași vîrstă mai bine dezvoltați fizic. Încă de la 13 ani, fetele trebuie supuse la eforturi fizice de intensitate mai redusă decât băieții.

Pentru ambele sexe, intensitatea efortului trebuie să fie dozată paralel cu înaintarea în vîrstă, diferențiindu-se solicitarea admisibilă, indicată la 14—15 ani, de cea adecvată la 16—17 ani sau la 18 ani, chiar dacă în unele cazuri un adolescent de 15 ani este mai bine dezvoltat fizic decât unul de 17 ani, întrucît gradul de maturizare funcțională nu este strîns legat de dezvoltarea somatică. S-a constatat că organismul adolescentului se adaptează mai bine la solicitări de intensitate crescută, dar de scurtă durată, după care are neapărat nevoie de repaus (2—3 minute). Pentru adolescenți, activitatea musculară dinamică este mult mai adecvată decât cea statică, după cum este necesar ca efortul fizic să nu fie prea îndelungat și să însumeze activități variate.

Antrenamentul față de munca fizică este o condiție de bază pentru creșterea capacității de efort, după cum sînt absolut necesare condiții igienice adecvate felului activității la locul de muncă. Avem în vedere corespondența dintre dezvoltarea fizică și utilajul sau uneltele de lucru, evitarea pozițiilor ghemuit, aplecat, a poziției incorecte ș.a. (care duc la instalarea rapidă a oboselii), munca monotonă sau de lungă durată în aceeași poziție, în picioare sau șezînd, ridicarea sau purtarea unor greutăți prea mari sau prea mult timp.

Dr. Irina CHIRIAC

DURATA TIMPULUI LIBER ȘI A PERIOADEI DE REFACERE SÎNT ERONAT APRECIATE

Somnul odihnitor și neodihnitor • Timpul liber, timp pentru sine • Moda performanței • Repere pentru odihna activă.

Dintre factorii negativi, cauzînd scăderea duratei de odihnă prin somn, sînt recunoscuți ca mai

importanți următorii: organizarea nerațională a pregătirii școlare dată de un volum excesiv de sarcini; deficiențe în organizarea activităților recreative prin supraîncărcarea cu sarcini extrașcolare; ideea concentrată înainte de culcare cu adormiri dificile; microclimatul nefavorabil — căldură excesivă în camera de dormit, poluare sonoră, mobilier sub sau supradimensionat vîrstei; exces de vizionare a programului T.V. ca factor de suprasolicitare și scurtare a duratei de somn.

Din anchete efectuate în Anglia, Norvegia, Franța se constată o reducere a duratei somnului la copiii din mediul urban și rural cu 1 pînă la 2 ore față de normele fiziologice ale vîrstei. De asemenea, se remarcă din aceleași date că prezența somnului neodihnitor crește la 6 la sută la elevii de vîrstele mici pînă la 50 la sută din elevii mari. S-au înscris procente ridicate de cazuri cu adormiri dificile, prelungite și cu un somn foarte neliniștit și neodihnitor.

Și la noi se remarcă la elevii mai mari o proporție relativ crescută care dispune de un număr mai redus de ore de somn.

Nerespectarea duratei somnului de noapte poate aduce cu sine repercusiuni frenatorii asupra adaptării adolescentului în școală, familie.

Este necesară intervenția cît mai competentă a școlii și familiei pentru eliminarea factorilor cauzali obiectivi și subiectivi care duc la scăderea duratei somnului de noapte.

Fenomenul de oboseală are printre cauze și somnul deficitar care poate să scadă și nivelul mental, pînă la tulburări deosebite de tip nevrotic.

Odihna prin somn devine benefică dacă reușește refacerea potențialului energetic al organismului. Durata medie a somnului diferă uneori în funcție de necesitățile individuale, de refacere în raport cu particularitățile individuale.

Conexă cu primul aspect (odihna prin somn), odihna activă realizată prin diverse mijloace este un subiect cu importante implicații pozitive pentru igiena mintală și dezvoltarea personalității.

În activitatea adolescentului alternarea efortului intelectual cu pauze recreative, sport, divertisment poate să asigure resurse prețioase de refacere, destindere, dezvoltare și distracție.

Părinții ca și educatorii au o mare responsabilitate pentru ca acțiunile de refacere sau instrucție să fie neformale, cît mai puțin zgomotoase, pline de conținut, în așa fel încît adolescentul să nu se îndepărteze, să nu se simtă constrîns la o participare neinteresantă, inutilă.

Dintre formele de petrecere a timpului liber o mare importanță o au activitățile în aer liber. Se constată la un lot de adolescenți investigați că se acordă prioritate lecturii, vizionării filmelor și emisiunilor T.V. și mai puțin activităților în aer liber. Mișcarea în aer liber, sportul au efecte binecunoscute asupra tonusului fizic și psihic, iar adolescenții trebuie îndrumați și de familie către aceste forme.

Durata timpului liber, sau ceea ce ar trebui să reprezinte el pentru adolescent, este eronat apreciată de acesta din diferite cauze.

Unii elevi tind să considere ca timp liber întreaga perioadă care urmează după orele de curs sau, pentru cei cu ore după-amiază, orele de dimineață pînă la plecarea la școală.

Cauzele unei asemenea situații sînt date de neorganizarea unui regim de muncă, lipsa interesului și motivelor de învățare. În asemenea condiții, adolescentul nu se mai preocupă de rezolvarea sarcinilor școlare, își irosește orele respective în variate preocupări minore.

Această risipă de timp, care altfel organizat ar absolvi adolescentul de îndatoririle sale și i-ar oferi și libertatea în sensul pozitiv de a-și lărgi orizontul de cunoștințe sau de destindere, duce uneori la intrarea în grup cu alți risipitori de timp, cu riscul deci a unor componente antisociale.

Altă tendință este extrema primeia, și anume limitarea pînă la anulare a timpului liber. Aici factorii responsabili sînt uneori școlile, care solicită eforturi intelectuale care-l absorb copilului și intervalul destinat timpului liber, alături familia. Părinții constring deseori elevii la performanțe cît mai mari, făcînd abstracție de posibilitățile copilului și obligîndu-l la un plus mai mare de ore de pregătire, ceea ce înseamnă implicit scurtarea pînă la anulare a timpului liber.

Uneori această atitudine a părinților duce la efecte inverse decît cele sperate — saturarea, lipsa de interes a copilului pentru învățătură, semne vădite de oboseală și, uneori, compromiterea evoluției școlare ulterioare.

Școala ar trebui să se preocupe mai insistent de problema timpului liber, în legătură strînsă cu familia, pe care este bine s-o instruiască asupra modalităților, mijloacelor de petrecere în timpul liber, fără formalism, fără didacticism, cu cît mai puține conferințe și cu cît mai multe sfaturi utile.

Se consideră că s-ar putea indica ca repere generale de organizare a timpului liber: asigurarea elementelor compensatorii ale efortului fizic sau intelectual; intensificarea acțiunilor organizate în mijlocul naturii, deoarece vîrsta, caracterul muncii școlare creează pregnant nevoia de mișcare cît mai multă în aer liber; diferențierea și diversificarea activităților din timpul liber pentru fete și pentru băieți.

Angela CHIȚU
psiholog

PĂRINȚII ÎN FAȚA UNEI ÎNTREBĂRI DE NEEVITAT

Ce profesii se potrivesc mai bine fiilor copiilor noștri ?

Un psiholog mai vechi afirma că alegerea soțului (soției) și a profesiei sînt cele două momente

hotărîtoare în viața unui om. Dacă însă căsătoria se încheie la o vîrstă în care simțul responsabilității este suficient maturizat, situația este radical schimbată în privința momentului optării pentru o profesiune sau alta. Într-adevăr, noua structură a învățămîntului, generată de nevoile cu care este confruntată țara noastră, aflată într-un avînt social și economic nemaîntîlnit altădată, a coborît perioada alegerii profesiei imediat la sfîrșitul școlii generale cînd, abia la 14 ani, adolescentul trebuie să opteze pentru un profil liceal sau altul.

Ceea ce caracterizează învățămîntul nostru liceal în prezent este îmbinarea strînsă între disciplinele de cultură generală și pregătirea — tehnologică și efectiv practică — într-o meserie sau grup de meserii dintr-un anumit domeniu social-economic. Aceasta înseamnă că, de fapt, majoritatea copiilor noștri vor exercita o profesiune din profilul liceal ales în treapta I-a : mecanic, electrotehnic, construcții, sanitar, pedagog, economic ș.a. Școala, prin eforturi novatoare, ajută desigur elevii să se îndrepte spre un tip liceal care să corespundă cît mai bine dorințelor, aptitudinilor și, firește, posibilităților (ogindite, între altele, și prin randamentul la învățătură). Vizitele în uzine și fabrici, întîlnirile cu specialiști din diverse sectoare de muncă contribuie și ele la îndrumarea profesională a adolescenților.

Experiența noastră, rezultată din activitatea medico-psihologică de orientare școlară și profesională desfășurată de mai bine de 7 ani cu peste 10 000 de elevi — în cadrul unui cabinet destinat școlărilor din București cu diverse minusuri în starea de sănătate —, ne-a dezvăluit însă și intervenția altor factori în alegerea profilului liceal. Sînt factori subiectivi, cu o încălăcătură afectivă puternică și cu o forță de influențare însemnată. Așa, de pildă, citirea unui roman sau vizionarea unui spectacol teatral ori film poate da naștere, uneori chiar „peste noapte”, dorinței de a îmbrățișa profesiunea eroului îndrăgît. Alături, sentimentul de solidaritate cu prietenul cel mai bun, nevoia de a fi cît mai mult împreună cu el pot „împinge” tînărul spre o profesiune sau alta. Desigur că la vîrsta adolescenței, cînd sugestionabilitatea este maximă, toate acestea sînt pe de-a-ntregul explicabile. Dar nu întotdeauna și acceptabile. De ce ? Pentru că se poate ca între dorințe și posibilități, aptitudini, capacități, stare de sănătate, fel de a fi să existe incompatibilități evidente. Ceea ce se potrivește prietenului cel mai bun sau eroului din film nu înseamnă că trebuie neapărat să corespundă și copiilor noștri. Ajungem, de fapt, la a reaminti că fiecare profesiune presupune și anumite cerințe psihologice din partea celor care o exercită pentru a obține o eficiență optimă. Nu este vorba doar de aptitudini, ci și de o serie de trăsături temperamentale și caracteriale, de unele particularități ale felului de a fi al fiecăruia, de firea sa. Neluarea în seamă, la alegerea profesiei, a acestora poate avea consecințe nefaste, dar previzibile.

Deși sîntem, ca firi, atît de feluriți, ne și asemănăm. Încă din antichitate, Hipocrate sesizase că

oamenii s-ar putea grupa în patru mari tipuri temperamentale: sanguinic, flegmatic, melancolic și coleric. Adică sîntem fie emotivi, fie calmi și echilibrați, fie activi, plini de energie ori, din contră, apatici, moi, inactivi, fie meticuloși, minuțioși, răbdători sau, opusul, instabili, nu rezistăm la aceeași activitate mai multă vreme, ne plictisim ușor, ne plac muncile variate, schimbătoare. În funcție de specificul fiecărei profesii, unele caracteristici psihice sînt indispensabile, altele nu, unele sînt chiar dăunătoare, altele fie favorizante sau indiferente.

Firește că în „lumea profesiunilor” sînt unele însușiri psihologice comune. Ele constituie, ca să spunem așa, „mortarul” necesar edificării oricărei profesii și se referă la indispensabilitatea unor trăsături, precum responsabilitate, seriozitate, spirit de disciplină, conștiinciozitate, perseverență. În afara acestora, anumite profesii cer și alte particularități ale felului de a fi și de a se comporta ale celor care le exercită. Așa, de pildă, în siguranța circulației, la tablourile de comandă, în activități cu responsabilitate crescută firile emotive, nestăpinite, instabile, anxioase, impulsive, neatențe trebuie să lase locul celor calmi, dar vioi, echilibrați, cu sînge rece, curajoși, energici.

Mulți copii doresc să devină electroniști. Știu însă că, pe lângă îndemnare manuală, electronica presupune și un grad ridicat de rezistență la monotonie, majoritatea activităților din acest domeniu comportînd o repetare a aceluiași operați într-un ritm de lucru rapid? Deci, dacă fiul (fiicele) dv. se plictisește ușor cînd lucrează, dacă n-au răbdare, trec mereu de la o activitate la alta, înseamnă că nu au calitățile unui bun electronist. E recomandabil într-o astfel de situație să fie îndrumați spre activități mai variate, mai puțin monotone, unde munca comportă efectuarea unui mînunchi de operații diverse. De pildă, numeroase profesii din industria constructoare de mașini (mecanic de mașini și utilaje, metrolog, sculer-matrișer, electromecanic, confecționer aparate electrotehnice ș.a.).

Trăsături psihice asemănătoare celor cerute pentru electronică — perseverență, minuțiozitate, stabilitate, rezistență la monotonie, putere de concentrare — sînt indispensabile și pentru lucrătorii în contabilitate și finanțe, în planificare și economie.

Un alt exemplu. Fetele doresc în general să devină educatoare, învățătoare sau profesoare. Dar s-au întrebat ele dacă sînt suficient de suple în comportare încît să poată să se adapteze ușor la temperamentele și caracterele atît de felurite ale preșcolarilor și elevilor pe care îi vor educa? Au tactul, toleranța și calmul cerute unui viitor dascăl? Firile irascibile, impulsive, punitive dacă ajung cadre didactice vor cauza mult rău copiilor, provocîndu-le stressuri psihice, dificultăți la învățătură și tulburări de comportament.

Unii adolescenți vor să îmbrățișeze profesii din cadrul serviciilor către populație (comerț, alimentație publică, cooperatie meșteșugărească). Munca cu publicul din aceste domenii este deosebit de solicitantă psihic, presupunînd adesea și gestiune bănească sau în mărfuri. De aceea, firile

emotive, superficiale, cu simț de responsabilitate mai puțin dezvoltat, lipsite de calm, solicitudine și politețe, cele „nervoase”, certărețe, ca să nu mai vorbim de persoanele fără o cinste ireproșabilă, nu întrunesc calitățile unui viitor vînzător, ospătar sau meșteșugar.

În fine, un ultim exemplu: profesiunile din sectorul sanitar. Pentru exercitarea lor trebuie să manifesti dragoste și înțelegere față de omul suferind, spirit de dăruire și sacrificiu, stăpînire de sine, calm și sînge rece, echilibru emoțional, blîndețe și delicatețe, responsabilitate, conștiinciozitate, disciplină. Un nepăsător, un superficial, un egoist, un dezordonat nu are ce căuta la căpătîiul unui bolnav.

Pentru a veni în ajutorul părinților oferim cîteva repere:

Aveți un copil emotiv dacă veți răspunde afirmativ la 5 din următoarele întrebări:

- Se teme adesea că are să fie certat?
- Este fricos?
- Își roade unghiile pînă la durere?
- Se bîlbîie uneori?
- Plînge dacă înfiltește piedici în calea a ceea ce vrea să realizeze?
- I se face rău cînd vede sînge?
- Este superstițios?
- Îi e frică de foc?

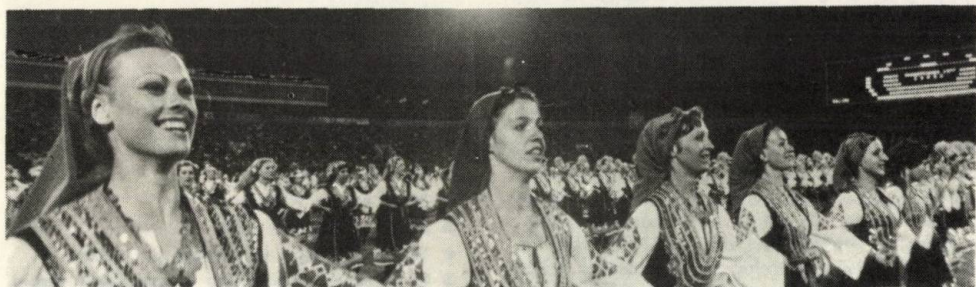
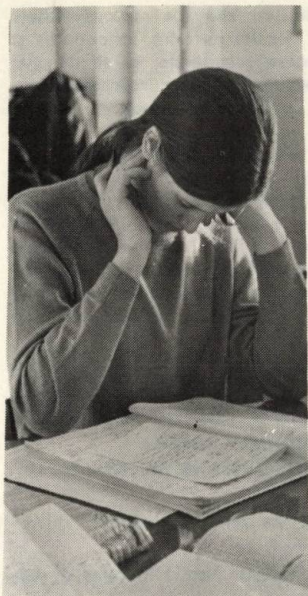
Aveți o fată sau un băiat introvertit, retras, mai puțin sociabil dacă obișnuiește:

- Să stea mai mult singur decît cu alții.
- Să fie tăcut.
- Să nu aibă încredere în ceilalți.
- Să evite petrecerile.
- Să fie adesea visător.
- Să citească foarte mult.
- Să nu participe la discuții cu ceilalți.
- Să se exprime mai bine în scris decît verbal.
- Să ia note mai mari la probele scrise decît la oral.

Fiul (fiica) dv. este o fire instabilă, recomandat pentru activități variate și nu pentru cele de meticulozitate și monotonie, dacă:

- Nu poate sta mai mult timp fără să scoată o vorbă.
 - Îi place să-și schimbe des activitățile.
 - Este mai mult distrat.
 - Nu-i place să stea multă vreme în același loc.
 - Se plictisește repede cînd e pus să facă ceva.
- Copilul dv. este impulsiv, irascibil dacă de obicei:**
- Se supără fără motiv.
 - Sparge obiecte cînd se enervează.
 - Se înfurie cînd cineva se opune inițiativelor sale.
 - I se tulbură vederea cînd se necăjește.

Dr. Gh. Eugeniu BUCUR



Femeia și vârstele ei biologice

Raportată la apariția și evoluția oricărui sistem viu, reproducerea ar constitui una dintre cele trei proprietăți fundamentale simultane care l-ar defini (asociată metabolismului și iritabilității). Ea conferă vietei capacitatea, genetic prestabilită, de a se crea pe sine însăși, de a crea indivizi identici cu sine, de a perpetua specia. Dacă pentru fiecare specie reproducerea are un caracter absolut necesar, fundamental, pentru speța umană ea capătă noi valențe, unele, încă, incomplet elucidate.

În acest context, cât și prin prisma realităților biologice, socio-economice și ecologice actuale, conceptul de funcție genitală, și legat de acesta controlul periodic genital, se impune, mai ales atunci când abordăm problemele de fond ale reproducerii umane, cu referire specială asupra organismului femeii.

Experiența îmi dă posibilitatea să-mi susțin acest punct de vedere, funcția genitală integrând, după părerea mea, pe lângă reproducere — ca atribut suprem al perpetuării speciei umane — și o serie de alte activități, de subtilități metabolice, funcționale, exteriorizate clinic sub forma unei banale menstruații, a unui simplu act psihosexual, a lactației etc. În strânsă interdependență, asamblate, aceste activități ar defini funcția genitală, substratul material, mijloacele și mecanismele necesare afirmării ei complete și complexe fiind, clasic, atribuite aparatului genito-mamar. Funcția genitală, ca misiune exteriorizată a acestui aparat, va cuprinde, așadar, la sexul feminin, pe lângă reproducere, unele activități complementare, între care cel puțin două — menstruală și sexuală — par a fi la fel de necesare, dacă nu obligatorii în desăvârșirea potențialului de perpetuare a speciei umane. Aceste trei activități ca fenomene complementare ale uneia și aceleiași funcții — funcția genitală — coexistă numai în viața adultă a femeii (18—47 ani); pînă la această etapă (0—18 ani), cât și ulterior (peste 47 ani), neputîndu-se vorbi despre o evoluție armonioasă, echivalentă a celor trei subfuncții — menstruală, sexu-

ală și de reproducere. Această succesiune a funcției genitale de ansamblu în diverse etape biologice ale femeii, constituind poate un fenomen unic în biologia speciei umane, este primul argument cu privire la necesitatea controlului periodic genital diferențiat, înaintea apariției unor tulburări funcționale majore (ca manifestări ale dereglărilor ce pot greva, uneori, trecerea dintr-o etapă biologică în alta). Al doilea argument peremptoriu în ceea ce privește necesitatea controlului periodic genital îl constituie patologia specifică a aparatului genito-mamar, a cărei dinamică diferențiată, în etapele biologice ale femeii, induce manifestări particulare sugestive pentru ochiul specialistului, consultul periodic în timp util fiind singura modalitate de depistare și uneori asanare precoce a cauzei bolii; nu rare au fost cazurile în care tulburări aparent minore, neglijate de părinți sau de femeie, s-au soldat, în ciuda intervenției prompte a medicilor, cu complicații redutabile, dramatice.

Adept al instituirii sistematice a controlului periodic genital, am impus, mai ales în ultimul deceniu, tuturor colaboratorilor mei obligativitatea consultațiilor genitale diferențiate, axate pe grupe de vîrstă, corespunzătoare principalelor etape evolutive ale funcției genitale: silentiumul (liniște) genital 0—10 ani; perioada peripubertală 10—18 ani; perioada adultă 18—47 ani; perioada perimenopauzică și senescența, peste 47 ani. Pentru fiecare etapă în parte se remarcă anumite particularități, pe de o parte legate de vîrstă și context bio-socio-familial, pe de altă parte dependente de calitatea biologică a fiecărui individ, de zestrea sa



ereditară (în special acolo unde manifestările patologice constituie consecința unor dereglări pur funcționale, mai mult sau mai puțin zgomotoase, fără substrat lezional), ca și de gradul instruirii cultural-educative. Ce ar putea sesiza ochiul specialistului avizat în cadrul consultului periodic genital diferențiat?

În timpul de silentium genital :

- organele competente ale aparatului genito-mamar sînt formate arhitectural, dar imature, inactive din punct de vedere metabolic-funcțional ;

- apare criza genitală, mica menstruație ;

- se pot depista modificări morfologice și anatomo-clinice de tipul infecțiilor vulvo-vaginale și uretrale cu diverși agenți microbieni sau parazitari (exteriorizate prin secreții patologice, prurit, dureri cu caracter de arsură, înțepături, eritem vulvo-perineal etc.), de tipul traumatismelor vulvo-vaginale manifestate prin sîngerări, durere, plăgi, sechestrare de corpi străini etc., de tipul tumorilor benigne și uneori chiar neoplasme, de tipul malformațiilor genitale externe, intersexualitate (hermafroditism) etc.

Perioada peripuberală :

- este grevată de complexe modificări psiho-genito-somatice, în sensul desăvîrșirii morfotipului feminin, cu apariția părului pubian (pubarha), dezvoltarea sînilor (telarha), prima menstruație (menarha) etc. ;

- organele genitale, atît cele interne (ovar, uter, trompe, vagin), cît și cele externe (formațiuni labiale, aparatul erectil — clitorisul, spațiul interlabial, glande anexă — Skene și Bartholin), organele complementare — glandele mamare se dezvoltă, în special la pubertate și post-pubertar ;

- în această etapă se desăvîrșește asamblarea biologică a individului, se exteriorizează funcția genitală în toată complexitatea sa (inițial componenta menstruală prin instalarea bioritmului scurt generativ, iar ulterior ovulația, adică eliberarea gametului feminin, celulă matură, haploidă, aptă pentru fecundație, componenta sexuală făcînd posibilă reproducerea) ;

- o serie de tulburări acompaniază debutul pubertății și numai un control genito-somatic periodic, instituit sistematic la cel puțin șase luni o dată, poate evidenția sau preveni devieri de la normal ale homeostazel genitale peripuberala de tipul pubertăților menstruale prin lipsă sau prin exces, de tipul parturii juvenile (gravidă sub 16 ani), de tipul infecțiilor genitale, de tipul tumorilor, al malformațiilor, al deviațiilor psiho-sexuale, al aberațiilor cromozomiale, al infantilismului genital frust sau manifest etc. ;

- nu vor fi neglijate o serie de alte patologii camuflate, cu debut în sfera genitală (boli hematologice, leucemii, afecțiuni hepatice, renale, endocrine etc.).

În viața adultă :

- funcția genitală evoluează optim, în parametri fiziologici, genetic prestabiliți, exteriorizîndu-se sub forma celor trei componente : menstruală, sexuală și de reproducere ;

- este etapa deplinei armonii biologice, etapa cu maximă adresabilitate la consultul periodic genital, asupra căreia nu voi insista, munca educativ-sanitară cu caracter curativo-profilactic în actualul sistem de organizare permițînd prevenirea, depistarea, urmărirea, combaterea oricărei patologii apărute, atît în cursul gravidității cît și în afara acesteia.

Perioada perimenopauzică

- caracterizează etapa de involuție a funcției genitale, manifestată mai mult sau mai puțin prin dizarmonia homeostaziei genitale, în sensul afectării echivalenței componentelor menstrualosexuală și de reproducere ; vor dispărea, așadar, subfuncțiile menstruală și de reproducere, dereglările hormonale instalate brusc sau lent, acompaniindu-se de o serie de tulburări metabolice, neurovegetative, care pe fondul unei involuții biologice de ansamblu a organismului aduc femeia la consultul altui specialist decît cel avizat, medicul ginecolog ;

- de multe ori sîngerările din preclimax, climax și post-climacteriu pot ascunde un adenocarcinom de endometru, tumorile mamare, modificările tegumentare, un cancer de sîn, formațiunile tumorale abdominale, o degenerescență neoplazică ovariană etc., toate aceste simptome și semne trebuind să constituie încă de la debutul lor obiectul consultului genital periodic.

Perioada de postmenopauză

- este marcată prin involuția progresivă a aparatului genito-mamar și nu este lipsită de patologie specifică ;

- orice femeie care prezintă metroragii în climacteriu este suspectă de cancer de corp uterin, necesitatea controlului periodic păstrîndu-și importanța ca și în celelalte etape biologice ale femeii ;

- din păcate, foarte multe dintre consulturile medicale sînt solicitate atunci cînd apar complicații grave, determinate de evoluția tăcută a cancerului care își anunță stadiul său final prin durere, leucorei fetide, sîngerări, fistule etc.

●
Cancerul genital, cel mai ușor de depistat și de tratat în fazele incipiente, omoră încă mii de femei care ar fi putut fi salvate cu condiția ca să acorde importanța cuvenită obligativității controlului periodic genital.

Conf. dr. Traian REBEDEA



Tenul, oglinda sănătății

FRUMUSEȚEA ESTE STRÎNS LEGATĂ DE IGIENĂ

Adevărata frumusețe nu se obține numai prin camuflarea eventualelor imperfecțiuni, ci și prin dobândirea și păstrarea unei sănătăți înfloritoare. Frumusețea durabilă se obține, astfel, prin disciplină riguroasă și sobrietate, adaptate condi-

țiilor proprii de viață, respectarea regulilor de igienă; tratamentele medicale sau chirurgicale, dacă e cazul, să le aplicăm pentru a înlătura unele asimetrii ale feței sau urmărilor diferitelor boli. În acest fel ne vom menține o figură plăcută, de natură să ne satisfacă, să ne creeze obișnuința ca și de la un anumit moment să luptăm contra stigmatelor inerente vârstei la care ne aflăm.



SĂNĂTATEA SAU BOALA SE REFLECTĂ ÎN ASPECTUL TENULUI

Tenul, oglinda sănătății întregului organism, ajută deseori medicul să stabilească un diagnostic. Să nu ne înșelăm, deci, oferind vederii o figură plăcută, dar artificial creată, înfrumusețînd exteriorul fără a avea grijă de întregul organism.

Alimentația are un rol foarte important asupra funcțiilor vitale ale organismului, bolile tubului digestiv exercitînd o puternică influență asupra tenului. Astfel, o erupție urticariană poate fi consecința unei stări alergice față de anumite alimente, fragi, căpșuni, ouă, ciocolată etc., sau se poate datora unor medicamente; uscarea și descuamarea tenului pot indica lipsa din organism a unor vitamine, în special a vitaminei A; un ten iritat, congestionat și chiar presărat de coșuri se poate datora constipației; dar produsele de putrefacție rezultate din lenevirea intestinului și evacuarea neregulată duc la apariția unor astfel de erupții pe suprafața pielii, încît și herpesul buzelor poate fi uneori dovada unei digestii greoaie.

În cazul în care se ivesc asemenea tulburări, nu sînt suficiente îngrijirile locale externe, ci trebuie tratată cauza.

Paloarea sau învîneșirea figurii poate fi cauzată de unele boli de inimă; **virilizarea pielii** (îngroșarea și creșterea părului inestetic) poate indica un deficit estrogenic care duce la seboree; **tulburările de pigmentație** indică în unele sarcini o defectuoasă distribuție a pigmentului; **ridurile** au între alte cauze tulburări nervoase care influențează hrănirea pielii, cunoscut fiind că oamenii nervoși se ridează mai repede decît persoanele calme.

ATENȚIE LA CEEA CE VĂ POATE DĂUNA

Există însă și o serie de alți factori — în afara bolilor — care influențează sănătatea pielii, dintre care vom menționa:

- factorii atmosferici (vînt, ger), precum și variațiile de temperatură care contribuie la formarea ridurilor;

- expunerea îndelungată la soare fără precauțiile necesare usucă în mod excesiv obrazul și duce la apariția unor cute inestetice;

- lumina prea intensă sau cîlitul la lumină slabă impune strîngerea ochilor, ceea ce are ca efect apariția ridurilor în formă de evantai, la colțul exterior al ochiului, așa-numita „laba gîștii”;

- apa fierbinte provoacă dilatarea porilor și, cu timpul, moleșirea țesuturilor prin vasodilație, ducînd uneori la înroșirea nasului și a obrazului (dacă e totuși necesară în unele cazuri, va fi urmată de o spălare cu apă rece);

- abuzul de săpun, care îndepărtează stratul fin de grăsime naturală, ceea ce determină ridarea și ofilirea timpurie a pielii, persoane-

lor cu pielea uscată nefiindu-le indicat nici cel mai neutru săpun; curățirea pielii se va face, deci, cu apă și un demachiant adecvat;

- emoțiile, tulburările sufletești, tristețea, supărarea concurează la formarea ridurilor; dacă se repetă frecvent, favorizează apariția unor cute adînci, care de cele mai multe ori nu mai pot fi înlăturate;

- excesul de mobilitate a feței duce la formarea ridurilor, întrucît orice contracție a mușchilor feței, „mușchii pielosi”, este însoțită de mișcarea pielii, care îi acoperă; se ridează, în primul rînd, regiunea ochilor, a gurii, nasului, frunții și bărbiei pentru faptul că mușchii respectivi sînt des solicitați, mai ales de către persoanele care nu pot să susțină o conversație fără să încrețească fruntea, să se încrunte, să clipească nervos;

- condițiile de trai, în apartamente insuficient aerisite și însoțite, cu temperaturi ridicate sau cu aerul foarte uscat din cauza caloriferului, influențează asupra funcției glandelor pielii, ducînd la uscarea tenului; se impune aerisirea perfectă a locuinței, practicarea hidroterapiei și aplicarea de creme care să compenseze deficitul grăsimii naturale;

- nopțile nedormite din diferite cauze, nerespectarea orelor absolut necesare odihnei, viața dezordonată duc la apariția cearcănelor, apoi a ridurilor fine pe pleoape, cu timpul, figura căpătînd un aspect obosit;

- hainele strîmte, corsetele creează tulburări circulatorii, producînd congestia obrazului și favorizînd apariția cuperozei;

- curele de slăbire exagerată, o slăbire prea bruscă duc, de asemenea, la formarea ridurilor, datorită faptului că prin slăbire se îndepărtează suportul de grăsimi necesar pentru menținerea netezirii pielii;

- lipsa dinților îmbătrînește figura prin lăsarea mușchilor obrazilor;

- folosirea irațională, abuzivă a preparatelor cosmetice acționează în mod nociv asupra sănătății pielii, putînd provoca, cu timpul, iritarea ei, iar în cazul fardării abuzive a ochilor se produce iritarea pleoapelor făcînd posibilă chiar apariția blefaritei cronice.

NU ALEGEȚI PRODUSELE COSMETICE LA ÎNȚIMPLARE

În alegerea produselor cosmetice pentru înfrumusețare trebuie să fim cît mai exigente. Schimbarea produselor cosmetice după modă sau experiența prietenei ori a vecinei nu este întotdeauna cea mai bună. După cum în medicină e cunoscut principiul că nu există boală, ci bolnav, tot astfel tenul prietenei sau al vecinei nu e echivalent cu al dv. Fiecare prezintă particularitățile sale, urmare cărui fapt unele produse cosmetice nu numai că nu ajută, dar pot chiar dăuna sănătății tenului.

Începînd un tratament cosmetic, trebuie lăsat să treacă un timp în care să constatați dacă el

convine tenului respectiv. De regulă este recomandabilă adoptarea unei singure game de produse (laptele, crema de demachiat, tonicul, crema de protecție, crema nutritivă etc.).

Sînt, desigur, anumite împrejurări în care pot fi folosite două game de creme; de pildă, unele indicate după sporturile de iarnă sau vacanța de vară și altele pentru întreținerea zilnică, obișnuită.

Este cazul să menționăm și accidentele care pot să apară prin folosirea unor preparate cosmetice conținând substanțe vătămătoare, ca sărurile de plumb, de bismut, de mercur și care pot provoca apariția ridurilor timpurii. În mod special apar accidente datorită cremelor conținând hormoni, care nu trebuie folosite decît la indicația medicului. Cremele pe bază de untură, aplicate în cantități mari pe un ten seboreic pot provoca apariția coșurilor.

VREȚI SĂ VĂ MENȚINEȚI ORGANISMUL ÎNTR-O STARE DE PERFECTĂ SĂNĂTATE ?

Întregul organism poate fi menținut într-o stare de perfectă sănătate prin regim alimentar rațional, respectarea odihnei, a somnului, plimbărilor în aer liber, gimnastică, sport etc. Organizarea muncii și vieții în mod echilibrat, în așa fel încît să corespundă ritmului vieții moderne și totuși să nu suprasolicite, evită multe neplăceri și suferințe.

Regimul alimentar, care are o influență deosebită asupra tenului, impune suprimarea alimentelor greu digerabile și a celor care fermentează ușor. În general, regimul alimentar va fi cît mai variat, în funcție de vîrstă, condiții de muncă etc.

Spre a preveni unele neajunsuri sau grave tulburări în funcțiile multor organe, este necesară o relaxare zilnică a organismului. Mersul pe jos în fiecare zi este obligatoriu, propunîndu-ne să respectăm condiția de a renunța în timpul plimbărilor la preocupările de ordin profesional sau conflictual. Cînd ești obosit, o plimbare în aerul proaspăt al serii sau practicarea unor jocuri sportive sînt mai eficace decît o întregă farmacie sau o gamă de produse cosmetice.

Prin repausul pe care-l oferă centrilor nervoși și mușchilor, somnul este cea mai utilă dintre măsurile de igienă a muncii, constituind laolaltă cu odihna activă (sportul, drumeția, mișcarea) însăși condiția vieții, dar a unei vieți raționale. Omul nu se poate lipsi de somn, după cum nu se poate lipsi de o alimentație rațională sau de aerul pe care îl respiră. Și aci trebuie să ținem seama de unele recomandări; înainte de culcare cu cel puțin o oră să întrerupem munca intelectuală, să evităm cafeaua, ceaiul tare, cina copioasă luată la ore tîrzii.

După un efort fizic deosebit sau după anumite abuzuri o baie sau un duș cald (la 36 grade C) de scurtă durată ne va da o senzație de destindere.

În afara somnului, a odihnei active, a plimbărilor, ca mijloace fiziologice obișnuite de înlăturare a oboselei fizice sau intelectuale, se recomandă diminuarea consumului unor produse medicamen-



Oglindă a sănătății noastre, tenul reflectă în același timp gradul preocupării față de noi înșine

toase pentru a alunga oboseala ori să mărească capacitatea de efort. Aceste medicamente, oferindu-ne pentru moment o mai mare vioiciune, mai multă disponibilitate pentru muncă, conduc cu timpul la epuizarea sistemului nervos.

Să cerem sfatul medicului atunci cînd a intervenit ceva deosebit. Este bine să reamintim că buna dispoziție, rîsul spontan întîrzie apariția ridurilor și activează circulația sîngelui, contribuind la mai buna hrănire a pielii.

Adoptarea unui regim de viață echilibrat, exercitarea controlului periodic al stării de sănătate și o îngrijire cosmetică corespunzătoare nu vor întîrzia să-și arate roadele pozitive, contribuind la menținerea sănătății și a farmecului personal.

Farm. Ludmila COSMOVICI

ANOTIMPURILE FRUMUSEȚII NOASTRE



SĂ NE ÎNTOARCEM LA PRODUSELE NATURALE

Interesul pentru păstrarea frumuseții și lupta pentru a ascunde semnele îmbătrânirii au apărut odată cu existența noastră.

Iar dacă avem curiozitatea să cercetăm din istoria cosmeticii care erau produsele folosite, vom afla că marea majoritate erau oferite de natură.

Și astăzi produsele animale sau vegetale își păstrează un loc de frunte în îngrijirile estetice, cu toată dezvoltarea pe care a luat-o industria cosmetică. Fructele, florile, legumele, laptele, mierea și-au găsit de mult locul pe care și-l păstrează și astăzi în laboratorul frumuseții.

FRUMOASE CA CERUL DE MAI

Primăvara, cu explozia sa de flori, legume, fructe, ne oferă baza produselor pentru îngrijirea pielii care iese din iarnă deshidratată, ca urmare a căldurii din apartamente, a frigului, gherului și vântului. De aceea, pe de o parte se recomandă ca în alimentație să intre multe fructe, legume, salate din crudități, iar pe de altă parte, extern, se vor aplica zilnic, dacă e posibil, prinițe cu infuzii de plante (mușețel, rosmarin, petale de trandafir). Cu apă de roze sau infuzie de rosmarin sau verbină (500 g la un litru de apă) se poate tampona — loționa fața și gâtul, după ce fardul sau impuritățile din atmosferă au fost curățate.

Noile tehnici și produse cosmetice ajută și ușurează hidratarea și hrănirea pielii, menținând-o suplă și luminoasă. Tratamentul de profunzime repartizează judicios substanțele regeneratoare pentru refacerea elastinei colagenului, hidratând și lubrefiind pielea. Un ten uscat va beneficia de o cremă nutritivă (Belatrix, Marie-Gilbert, creme cu ulei de vizon sau cu extract de plante cariotonice), ce va fi întinsă prin mișcări ascendente de automasaj; tenul gras și semigras va fi tratat zilnic cu o cremă hidratantă de tipul Margareta, Pell-Amar, Belatrix.

Substanțele nutritive vitale pentru metabolismul pielii previn și întârzie apariția ridurilor și îmbătrânirea; cu timpul care trece, regenerarea este mai lentă, pielea nu mai poate lupta singură și tinde spre uscare și deshidratare. De aceea, produsele cu extracte biologice naturale, care sînt elemente esențiale, aduc și refac lipidele intercelulare și reglează procesul de hidratare; pielea astfel tratată își păstrează suplețea, elasticitatea și calitatea estetică.

Tot în primăvară procedura de înlăturare a celulelor moarte și a stratului cornos prin gomaje este salutară. Ea ajută ușurarea pătrunderii produselor cosmetice în profunzimea epidermei. Produsele Dermin 1, 2 și 3, pentru gomaje, se pot întrebuința la trei săptămîni pentru un ten normal și uscat, tenului gras putîndu-i-se aplica săptămînal.

Cîteva modalități de folosire a produselor naturale din acest anotimp.

Castravețele rămîne unul dintre excelentele produse naturale, renumit pentru calitățile lui decongestionante și pentru acțiunea sa rehidratantă și de catifelare a pielii. Întrebuințat cu prudență pentru tenul uscat, se recomandă zilnic tenului gras. Folosit sub formă de suc sau de mască, înmoaie tenul și îl catifelează. Pentru tenul uscat masca de suc de castraveți (o linguriță suc de castraveți, o lingură smîntînă) decongestionează pielea. Pentru tenul gras, aceeași cantitate de suc de castraveți amestecat cu o lingură de caimac de lapte fierț și un albuș de ou bătut spumă. Măștile se pot păstra pe față 10—15 minute, după care se înlătură cu infuzie de viorele sau

tei pentru tenul uscat, iar pentru cel gras cu fier-tură de levănțică sau apă.

Lăptuca se folosește ca apă (obținută prin fier-berea a două salate timp de 2 ore) cu care se loționează tenul de două ori pe zi, combătându-se roșeața nasului și a obrazului.

Zilnic tenul pătat poate fi loționat cu decoct de **pătrunjel** sau **păpădie** (2 legături la 1 litru de apă).

Să profităm de sezonul efemer al **căpsunilor**! Se recomandă fricționarea tenului cu fructul proaspăt sau aplicarea unei măști cu căpsuni (3 căpsuni zdrobite amestecate cu un gălbenuș de ou sau una linguriță de smântână), care se întinde pe toată fața și pe gît.

CE NE OFERĂ VARA?

Este justificată dorința tuturor femeilor de a se bronză, căpătînd un aer sănătos și un aspect

Factorii cărora li se datorează acțiunea bine-făcătoare a curei heliomarine sînt: apa de mare, climatul, soarele, algele, la care se mai adaugă repausul, mișcarea în aer liber, relaxarea.

Oxygenarea se face la mare în condiții mai bune, iar briza marină pulverizează adevărați aerosoli naturali bogați în ozon, oxigen, iod și alte ele-mente. Se recomandă ca expunerea la soarele mar-in să fie progresivă, cea mai optimă perioadă pentru plajă fiind între 6 și 10 dimineața.

Vom avea grijă să protejăm pielea feței și a gîtului cu un strat subțire de cremă, care are și rol de ecran protector împotriva razelor iritante ale soarelui, dar care filtrează razele ultraviolete atît de binefăcătoare. După baia marină, pielea trebuie unsă din nou. Nu uitați să faceți zilnic 300 de pași prin apa mării pînă la jumătatea gambei; valurile realizează un masaj ideal.

După plajă tenul trebuie debarasat de restu-



sportiv. Dar tot atît de bine trebuie știut că bron-zajul intensiv dăunează. Femeilor care au depă-șit 35 de ani li se recomandă să-și protejeze fața și gîtul cu creme speciale și cu pălării cu boruri largi. Prudență trebuie să manifeste și persoa-nele care au o sensibilitate specială pentru lu-mina soarelui. Această fotosensibilitate, mai des întîlnită la blonde și roșcate, se manifestă sub formă de pete urticariene, care poartă numele de eritem solar.

Sub acțiunea sensibilizantă a soarelui, anumite medicamente pot produce stări alergice, iar unele produse cosmetice care conțin esență de Berga-mote pot da naștere la fenomene de fotosensibi-litate (pete brune pe piele).

Cura heliomarină nu este indicată numai în boli articulare ori osoase, ci și pentru acțiunea sa binefăcătoare asupra organismului în general.

rile de substanțe grase, de transpirație sau im-purități cu o emulsie demachiantă (Pell-Amar, Be-latric, Marie-Gilbert).

Tenul uscat beneficiază de creme grase ca Der-min cu ulei de vizon, Belatrix, Marie-Gilbert, creme cu ulei de cătină sau creme cu extract de plante cardiotonice. Zilnic, tenul uscat poate fi fricționat cu piersică decojită, pepene galben, caise, struguri albi. Săptămînal se pot aplica măști din: piersică sau pepene galben bine zdrobite, ameste-cate cu un gălbenuș de ou. Se menține 10—15 minute, apoi se îndalătură prin spălare cu fiertură de busuioc, mușetel sau rosmarin.

Tenul gras va fi zilnic fricționat cu tomate și castraveți, iar la 3—4 zile se va aplica o mască din iaurt proaspăt.

Și femeile care își petrec vacanța la munte tre-buie să-și acorde aceleași îngrijiri estetice. Și aici

razele ultraviolete sînt la fel de periculoase, iar pielea se cere expusă cu prudență și progresiv.

Nici vara nu vom exclude din complexul îngrijirilor părul, mîinile și picioarele. Părul suferă din cauza agresiunii soarelui, a apei sărate. El trebuie spălat la 2—3 zile cu șampon de calitate bună (cu extract de foi de nuc sau castane, cu extract de plante cardiotonice sau cu extract de mușețel).

După fiecare spălat mîinile și picioarele pot fi masate cu emulsia Dermin.

Tenul bronzat cere un machiaj mai special. Fondul de ten și pudra vor avea nuanțe asemănătoare pielii, roșul de obraz va fi mai viu. Pleoapele se vor colora de preferat cu creioane, în nuanțele de corai, vernil, bleu, bine estompate. Rimelul va prelungi vîrful genelor, iar rujul de pe buze va fi viu și lucios.

TOAMNA, CÎND ÎNCEP CASTANELE SĂ CADĂ...

Pentru îngrijirile estetice toamna reprezintă de fapt un început. Este firesc să fie așa, pentru că după dispariția bronzului care ne dă o mină bună și sănătoasă, apar micile ravagii determinate fie de imprudenta expunere la soare, de agresiunea factorilor externi sau de inconsecvența noastră în a ne îngriji. De aceea, toamna ne îndeamnă la... multe măsuri cu caracter estetic.

Vom continua să tragem foloase de pe urma produselor naturale de sezon sau pe care cu hărnicie de albină le-am adunat din timp. Plantele, florile păstrate ne vor ajuta în tot timpul anului să menținem pielea sănătoasă și frumoasă. Din primăvară pînă-n toamnă putem culege: mușețel, tei, gălbenele, viorele, salvie, busuioc, mentă, le-vănțică, verbină, rosmarin, sulfina, păstrate în săculeți de pînză la loc uscat, care contribuie tot anul la întreținerea tenului.

Micile neplăceri care au lăsat urme pe pielea feței vor fi remediate prin cîteva tratamente la cabinetul cosmetic, care urmăresc înlăturarea stratului de celule moarte prin gomaie, rehidratarea, hrănirea, activarea circulației sanguine. Femeile care nu au în apropiere un cabinet cosmetic pot să-și „repare” tenul tratîndu-l cu prișnițe cu infuzie de plante (verbină, rosmarin, mușețel), produsul Dermin pentru înlăturarea stratului cornos, rehidratări cu piersică, pepene galben, strugure alb.

Hrănirea se va realiza cu creme adecvate tipului de ten. Tenul uscat: Eva, Dermin cu ulei de vizon sau extract de cătînă, iar tenul gras cu creme hidratante din gama Margareta. Săptămînal, tenului uscat i se recomandă aplicarea unor substanțe biostimulatoare — lăptișor de matcă, soluție de Propolis, precum și vitamina A soluție uleioasă, prin mișcări de tamponare (ascendente) pe toată fața și pe gît.

...IAR CÎND FULGUL DE NEA SE VA FI AȘEZAT PE GENE...

...și acest sezon are recomandările sale cosmetice.

Pentru a preveni neplăcerile aduse de sezonul rece frumuseții feminine, să combatem tendința de îngrășare, să consumăm alimente bogate în vitamine, în special vitaminele A, B și C, să ne hidratăm folosind băuturi calde, sucuri și fructe din abundență.

Din cauza frigului, tenul începe să se usuce și să se cojească. La un interval de 2—3 săptămîni se va hidrata și hrăni pielea la cabinetul cosmetic. În lipsa acestuia, tenul va fi curățat minuțios cu emulsie cosmetică sau șters cu lapte cald. Tot în același scop poate fi făcut abur de mușețel sau de lapte fiert, la 6—7 zile o dată.

Rehidratarea se va face cu grappefruit, banană, portocală sau suc de morcov. Se va fricționa fața cu mișcări circulare de la gît spre frunte. Din procesul de hrănire a pielii nu trebuie să lipsească uleiul de măsline, vitaminele A și F și cremele grase conținînd biostimulatoare. Pentru ca produsele de hidratare și hrănire să pătrundă cu mai multă ușurință în piele se recomandă cîteva mișcări de automasaj: pivotări, tapotări și mișcări de alunecare.

De la morcovul ras și stors se ia zeama care, amestecată cu caimac de lapte, ne va oferi o mască hidratantă și totodată hrănitoare. Masca se menține pe față 10—15 minute și se înlătură cu infuzie de mușețel și rosmarin sau decoct de rădăcină de nalbă cu mentă.

Săptămînal se va aplica o mască din: banană amestecată cu suc de grappefruit sau zeamă de portocală amestecată cu mușețel.

Un factor important de care trebuie să ținem seama în sezonul friguros este machiajul. Bunul gust și decența nu trebuie să ne părăsească nici de astă dată, întrebuițînd farduri luminoase, cu tonuri calde. Seara, fardul poate fi mai intens colorat, ținînd neapărat seama de lumină, loc, ambianță, vîrstă, îmbrăcăminte.

Ileana ILIESCU
cosmeticiană



— la să treci miine pe la policlinică să vedem
ce-i cu celulita dumitale...

Un îndemn pentru anul care vine :

PĂRINȚI, ÎNVĂȚAȚI COPIII VOȘTRI SĂ CÎNTE!



Cititor și prieten al revistei „Sănătatea”, urmărind concursul-test „Copiii noștri, mindria noastră” am apreciat și consider că este necesar ca o tinăra familie să cunoască toate regulile științifice pentru creșterea sănătoasă a copiilor. Așa este, fără asta nu se poate. Dar fie-mi iertată intervenția care pornește de la o constatare proprie. Am mulți prieteni și întru în casa multora. Și le cunosc viața și copiii. Unii sînt timizi, nu știu să se joace, nu sînt sociabili, nu știu să cînte. Desigur, viața modernă este teribil de agitată, nu prea avem timp și lăsăm prea multe pe seama grădiniței, a școlii.

Mi-aș permite în acest sens, ca rapsod popular, să apreciez și eu cît de utilă și ingenios concepută este marea acțiune „Festivalul național Cîntarea României”. La cîți nu ne-au dat lacrimile ascultînd cîntecele noastre românești pline de semnificații pe buzele copiilor noștri, mulți de vîrsta grădiniței. Cînte educatoarelor și părinților care i-au învățat să iubească cîntul.

Dragi prieteni, părinți și bunici : învățați-i pe copiii voștri mai ales să cînte. Cîntecul învesește, tonifică, este barometrul bunei dispoziții a întregii familii. O mamă care-i cîntă copilului să adoarmă, care fredonează în timp ce prepară bucatele cele mai gustoase sau deretică prin casă este o binefacere pentru copiii ei, care, la rîndul lor, vor dori să-i semene, să cînte, să se bucure.

Eu și cu fetița mea, Oana, amîndoi în întrecere la cîntece, vă invităm să ne urmați exemplul. Cîntecul și risul, iată semnele sigure ale sănătății noastre.

Alexandru GROZUȚA

artist emerit

În caz de îmbolnăvire, rețeaua largă de dispensare, policlinici și spitale asigură tratamentul competent, fiecare cetățean avînd asigurată asistența medicală gratuită.

Există însă forme acute de îmbolnăvire, ce pot evolua uneori foarte rapid spre un deznodămînt grav, care pun în pericol viața și solicită o asistență medicală de urgență. Și în aceste cazuri societatea noastră este bine organizată pentru a veni imediat în ajutorul celor bolnavi sau accidentați, știut fiind că în orice caz de urgență un factor hotărîtor în salvarea vieții îl constituie timpul cît mai scurt posibil în care se intervine de la începutul suferinței acute și pînă la aplicarea tratamentului necesar. În acest context, în familia în care apare o urgență — boală acută sau un accident —, pe lângă grija de a anunța imediat Salvarea, pînă la sosirea acesteia, se pot lua unele măsuri pe cît de simple și la îndemîna tuturor, pe atît de necesare pentru bolnav. Aceste măsuri, aceste gesturi simple, dar eficiente trebuie cunoscute de fiecare membru al familiei și aplicate corect în cadrul primului ajutor premedical. În cadrul medicului, dar indispensabilului bagaj de cunoștințe sanitare se înscriu atît stăpînirea aplicării corecte a acelor mă-

Primul ajutor se învață în familie

suri care ajută bolnavul, cît și cunoașterea a ceea ce dăunează și agravează evoluția stării bolnavului. În acest sens sînt cei puțin dăunătoare și deci condamnable atitudinea de indiferență, a „brațelor încrucișate”, sau de neacordare a primului ajutor corect, atitudinea de pripeală, de adoptare a unor măsuri ce pot leza pe suferînd, de tînguire, care produc panică și demoralizează pe bolnav.

O primă și importantă grijă a celor care se află lângă un bolnav acut sau un accidentat este să contribuie conștient și activ la crearea unei atmosfere de calm, de optimism și de încredere atît de necesară celui în cauză. Cel care acordă primele îngrijiri unui bolnav sau accidentat trebuie să se căluzească de vechiul și mereu valorosul dicton hipocratic „primum non nocere” — în primul rînd să nu facem ceva dăunător, nociv bolnavului. Dar ca fiecare membru al familiei să poată respecta acest dicton este necesar să-și însușească acel mic bagaj de cunoștințe precise, care, aplicate întocmai îl va feri să facă erori, iar primele îngrijiri să aibă o eficiență salvatoare. Acesta este de fapt scopul întregii munci de educație sanitară desfășurată în rîndurile populației de întreg personalul sanitar, sprijinit cu generozitate de largul activ al Crucii Roșii.

Prof. dr. Iuliu ȘUTEU

PÎNĂ LA SOSIREA MEDICULUI

În marea majoritate a cazurilor, debutul brusc, acut sau grav al unor boli interne, care prin evoluția lor imediată pot pune în pericol viața bolnavului, are loc în mediul familial îndeosebi în cursul nopții. Organizarea asistenței medicale în țara noastră permite acordarea îngrijirilor de urgență de către medic, de cele mai multe ori în timp util. Dar pînă la sosirea medicului colegii sau familia pot fi de folos bolnavului, intervenții uneori minore și elementare ameliorînd suferința acestuia sau împiedicînd desfășurarea fatală a evoluției bolii. Aceasta presupune însă ca membrii familiei să dețină cunoștințele necesare privind recunoașterea principalelor urgențe medicale, unele principii și indicații terapeutice concrete și, mai ales, ce anume trebuie evitat pentru ca intervenția lor să nu determine un efect invers. Dintre situațiile în care se poate interveni eficient vă prezentăm :

PNEUMONIILE ACUTE sînt boli ale parenchimului pulmonar, provocate de virusuri și bacterii sau de alți agenți patogeni. Dintre acestea, **pneumonia lobară**, determinată de o infecție pneumococică pulmonară, este cea mai frecvent întîlnită, în special în sezonul rece, avînd un debut și o evoluție caracteristice, ușor de recunoscut de oricine. Astfel, în plină stare de sănătate aparentă, bolnavul simte un junghi localizat de obicei în regiunea mamelonului, un frison puternic și febră, dureri de cap (uneori violente) și musculare. Febra crește și poate să ajungă la 40 de grade C și chiar să depășească această valoare. Un asemenea bolnav trebuie să rămînă în repaus la pat și să primească o doză de medicamente cu efect antitermic și antialgic : 2 tablete de aspirină sau 2 tablete de aminofenazonă, ori 1—2 tablete de algocalmin. Dacă medicul nu a sosit, febra nu a scăzut și junghiul toracic nu scade în intensitate, doza se poate repeta după 2—3 ore. În cazul cînd bolnavul este incapabil să părăsească patul din cauza adînamiei (diminuării generalizate a activității motorii spontane) și asteniei externe, provocate de scăderea tensiunii arteriale, primul ajutor care se impune este transportarea lui la cea mai apropiată unitate de asistență me-

dicală spitalicească. Familia nu trebuie să temporeze internarea în spital.

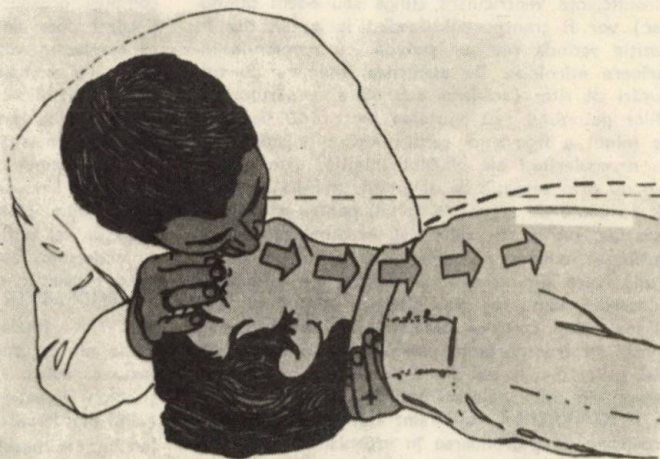
COLICILE REFRACTARE LA TRATAMENT.

Prir colică se înțelege o durere vie, de intensitate maximă, provocată de contracția spastică a musculaturii netede a organelor cavitare abdominale. La durere se adaugă, de la caz la caz, și un element de distensie a acestor organe. **Colica intestinală** semnalează o suferință a intestinului subțire sau a intestinului gros (colonul), suferință, de cele mai multe ori banală (de exemplu, o colopatie funcțională în care colonul este iritabil sau o ocluzie intestinală). **Colica biliară sau hepatică** este produsă de contracția spastică a veziculei biliare, provocată de cele mai multe ori de prezența unor calculi în vezica biliară (litiază biliară). **Colica nefretică sau renală** este provocată de contracția spastică a căilor urinare extrarenale (bazinet și ureter) sau de distensia acestora, fenomene determinate de prezența unor calculi în căile urinare (li-

cu spirt medicinal, pe abdomen, poate fi utilă și nu are contraindicație.

DIAREEA ACUTĂ GRAVĂ. Accelerarea tranzitului intestinal și eliminarea frecventă de scaune moi, uneori apoase, constituie simptomele diareei acute grave. Afecțiunea survine cel mai frecvent în inflamațiile intestinului și colonului produse de toxine bacteriene (alimente alterate), bacterii și virusuri (infecții intestinale) și deseori este însoțită de colici intestinale. Când scaunele sînt apoase și numărul lor depășește 15—20 în câteva ore, există pericolul instalării hipotensiunii arteriale și al stopării formării de urină, situații care pun în pericol viața bolnavului. În asemenea cazuri, internarea imediată a bolnavului este elementul de prim-ajutor esențial. Pînă la sosirea medicului bolnavul poate fi ajutat prin hidratare și administrarea la 2—3 ore a unei medicații antispastice și antidiarice comune constînd în ceaiuri (de mentă, sunătoare sau mușețel), calciu carbonic (cîte o lingu-

Metoda „gură la gură”, cea mai eficientă modalitate de asigurare a reanimării



tiază renală). Durerile provocate de colici sînt uneori atît de puternice, încît devin insuportabile, fiind necesară administrarea, pînă la sosirea medicului, a unor calmante existente în mica farmacie a casei, cum sînt: Lizadon forte (1—2 tablete sau 1—2 supozitoare), Foladon (1—2 tablete), Scobutil (2 tablete). Dacă durerea nu scade în intensitate, iar medicul nu a sosit, doza poate fi repetată după 2—3 ore. Dar medicamentele amintite sînt mai eficace cînd sînt administrate combinat (de exemplu: Foladon+Papaverină, Foladon+Scobutil, Lizadon+Scobutil sau Lizadon+Papaverină). Cînd colica este însoțită de greață, cu sau fără vărsături, se administrează 1—2 supozitoare de Emetiral, iar dacă bolnavul nu varsă, i se dau 1—2 drajeuri de Emetiral sau 1—2 drajeuri de Torecan. Aplicarea de căldură locală (pe abdomen) trebuie făcută cu discernămint, deoarece în inflamațiile acute ale organelor cavitare căldura este contraindicată. În schimb, aplicarea de comprese

rișă rasă) și cîte 2—3 tablete de Lizadon forte ori Scobutil sau Foladon la interval de 2—3 ore.

INFARCTUL MIOCARDIC ACUT este o necroză (mortificare) de diferite întinderi a unui fragment din mușchiul cardiac, provocată de oprirea sau reducerea masivă și bruscă a fluxului sanguin, la nivelul uneia din cele două artere coronare sau a uneia dintre ramurile principale ale acesteia, care irigă miocardul. Infarctul miocardic acut provoacă un sindrom clinic particular caracterizat, în esență, prin durere toracică (cu localizare în regiunea sternului și a inimii) și iradiere într-una din următoarele regiuni ale corpului: umărul și brațul stîng, ambii umeri, regiunea interscapulovertebrală stîngă (spate), umărul și brațul drept, baza gîtului (senzație de strangulare), mandibula, maxilarul, regiunea bucală (ceafa). Spre deosebire de angina pectorală, durerea din infarctul miocardic durează în majoritatea cazurilor peste 30 de minute, ajungînd la cîteva ore, nu cedează la administrarea de

nitroglicerină, este de intensitate mult mai mare și se însoțește de neliniște extremă și senzație de moarte iminentă, greață și vărsături, transpirații reci, adinamie și astenie fizică, amețeli. Când avem certitudinea că bolnavul a făcut un infarct miocardic acut sau este un vechi coronarian, eventual cu un alt infarct în antecedente, primul gest din partea celor din jurul său trebuie să constea în crearea condițiilor de repaus absolut, în fotoliu sau pat, administrarea de nitroglicerină (2—3 tablete sublingual) și transportarea cât mai repede posibil la spital. În cazurile foarte grave, când bolnavul se află în șoc cardiogen (exteriorizat prin culoarea pămîntie a pielii, transpirații umede, reci și viscoase, hipotensiune arterială extremă și stare de rău general), transportarea lui la spital trebuie efectuată cât mai repede posibil și numai în poziție orizontală și fără pernă, pentru evitarea ischemiei cerebrale. Bolnavii cu infarct miocardic acut, care tușesc, au o stare de sufocare extremă și prezintă semne ale insuficienței funcției de pompă a inimii (insuficiență ventriculară stîngă sau edem pulmonar) vor fi transportați imediat la spital, dar în poziție șezîndă sau semișezîndă, cu membrele inferioare atîrnînde. De asemenea, bolnavii cu tulburări de ritm (scăderea sub 60 a numărului bătăilor pe minut sau creșterea peste 160 de bătăi pe minut a frecvenței cardiace și a pulsului, sau cu neregularități ale bătăilor inimii), exteriorizate sau nu prin senzația de palpații, trebuie internați cît se poate de urgent în spital, pentru a se evita moartea subită. În cele trei eventualități (șocul cardiogen, edemul pulmonar acut și tulburările de ritm), care sînt complicații majore ale infarctului miocardic acut, cel mai eficient prim-ajutor din partea celor care se găsesc în jurul bolnavului constă în transportarea acestuia la cel mai apropiat spital (nu la policlinică!), fiecare minut pierdut putînd costa viața bolnavului.

INTOXICAȚIILE ACUTE sînt stări de îmbolnăvire provocate de pătrunderea în organismul uman, pe cale digestivă, respiratorie sau cutanată (prin piele), a unor substanțe toxice. În ordinea frecvenței cu care acestea intervin, pot fi: medicamente, substanțe insecticide, fungicide și raticide, substanțe caustice (acizi și baze tari, diferite săruri), alcool etilic, gaze toxice, ciuperci otrăvitoare, solvenți organici, alcool metilic, detergenți, derivați de petrol, toxice industriale și diferite substanțe naturale. În intoxicațiile acute prin ingestia de substanțe toxice măsura terapeutică cea mai rapidă și eficientă constă în evacuarea conținutului gastric, prin administrarea de apă potabilă și provocarea de vărsături. Metoda poate fi aplicată imediat, în orice loc, tuturor bolnavilor cu starea de conștiință păstrată, precum și celor cu o ușoară stare de somnolență, la care reflexele de vomă provocate răspund foarte prompt, dar este contraindicată în stările comatoase (pericol de asfixie prin aspirația conținutului gastric în căile aeriene superioare), la vîrstnicii aterosclerotici și hipertensivi (pericol de hemoragie cerebrală), la emfizematoși (pericol de pneumotorax), la gravide (pericol de

declanșarea nașterii) și la cei care au prezentat cel puțin un episod convulsiv dat de un toxic (pericol de declanșare a convulsiilor). Înainte de a provoca vărsătura, pentru ca aceasta să fie eficace, este obligatoriu să se administreze bolnavului apă potabilă, în proporții de maximum 300 ml. După evacuarea porției administrate, manevra se repetă de minimum 10—15 ori. Practic, trebuie procedat astfel: administrăm intoxicatului 2—3 pahare de apă potabilă, după care, cu coada unei linguri, irităm peretele posterior al faringelui (fundul gîtului) și baza limbii. După expulzarea conținutului gastric prin vărsătură, repetăm manevra, pînă se ajunge la cantitatea totală de lichide eliminate, de 3—4 litri. Administrarea de apă și provocarea de vărsături pot salva viața bolnavului, indiferent de toxicul ingerat.

Administrarea laptelui ca antidot, folosită pe scară largă de populație, este contraindicată în intoxicațiile cu substanțe solubile în grăsimi (solvenți organici, petrol, benzină, tricloretilenă, unii compuși organoclorati etc.). După administrarea fiecărei doze de 250—300 ml de lapte, trebuie să provocăm vărsătura, pentru îndepărtarea toxicului din stomac; altfel, acesta ar fi resorbit în sînge, prin eliberarea lui la nivelul intestinului din complexul cu proteinele, supus degradării de către fermente proteolitice, în procesul digestiei.

Dacă toxicele au contaminat îmbrăcămintea și pielea, se îndepărtează imediat hainele și se curăță bine pielea prin spălare cu apă și săpun, timp de cel puțin 15 minute. Rapiditatea cu care se acționează este hotărîtoare în limitarea leziunilor provocate de substanțele corozive.

HEMORAGIILE DIGESTIVE. Prin hemoragie digestivă se înțelege pierderea de sînge la nivelul unuia dintre următoarele segmente ale tubului digestiv: esofag, stomac, duoden, intestin (subțire) și colon (intestin gros). Aceasta poate fi **superioară** (cînd pierderea de sînge se produce la nivelul esofagului, stomacului, intestinului și primei jumătăți a colonului) și **inferioară** (cînd pierderea de sînge are loc la nivelul colonului descendent, sigmoidian sau al rectului). În **hemoragiile digestive superioare**, sîngele, care se acumulează în stomac sau în intestin, este mai întîi parțial digerat și apoi evacuat prin vărsături, al căror conținut se aseamănă cu zăul de cafea (hematemeza) sau prin scaune frecvente, de consistență și culoarea păcurii (melena). La același bolnav, hemoragia digestivă superioară se poate manifesta atît prin hematemeză, cît și prin melena. **Hemoragiile digestive inferioare** se exteriorizează prin prezența în scaun de sînge roșu, nedigerat, încheșat sau neîncheșat. Dintre multitudinea de boli care constituie cauzele hemoragiilor digestive superioare cele mai importante sînt: ulcerul gastroduodenal, ciroza ficatului, gastritele acute postalimentare, ruptura unor vase sclerozate (la bolnavii cu arterioscleroză), diferite tumori (maligne sau benigne) și o serie de boli de sînge (printre care, leucemiile, anemiile perni-

cioase, trombopenia). După cantitatea de sânge pierdut, hemoragiile digestive superioare pot fi minore, medii și masive sau grave. În **hemoragiile digestive minore**, în care cantitatea de sânge pierdut nu depășește 500 ml, bolnavul nu prezintă nici o altă manifestare, în afară de hematemă și melenă, deoarece nu se produc tulburări hemodinamice deosebite, iar cantitatea de sânge pierdut se reface rapid prin mobilizarea rezervelor de sânge din splină și prin atragerea apei din spațiul interstițial în sectorul vascular. Primul ajutor constă în instituirea imediată a repausului digestiv, adică stoparea oricărei alimentații, inclusiv a ingestiei de lichide. Bolnavul trebuie totuși internat pentru supraveghere medicală (hemoragia se poate repeta și agrava), clarificarea cauzei care a produs-o și îndepărtarea acesteia. Trecerea cu vederea, de bolnav sau de familie, a unei hemoragii digestive minore și evitarea internării pot avea consecințe grave. În **hemoragiile digestive medii**, în care pierderea de sânge depășește 500 ml, ajungând până la 1 000 ml, bolnavul poate prezenta, în mod relativ brusc, stare de slăbiciune, sudori reci, amețeli, leșin, puls rapid, fenomene provocate de scăderea tensiunii arteriale. El trebuie așezat în poziție orizontală și transportat la spital, internarea lui de urgență fiind obligatorie. Până la sosirea medicului, pentru a contribui la oprirea hemoragiei, cei din jurul său îi pot da pe gură mici bucățele de gheață. În **hemoragiile digestive masive sau grave**, în care cantitatea de sânge pierdut depășește 1 500 ml, bolnavul prezintă semnele „șocului hipovolemic” (șoc prin scăderea volumului sanguin circulant): paloare intensă, răcirea extremităților, neliniște, sudorație abundentă, sete intensă, stare de epuizare, grețuri, puls rapid (cu frecvența peste 100 de bătăi pe minut) și tendință la pierderea stării de conștiență. De aceea trebuie întins pe spate, cu capul sub nivelul trunchiului și al membrilor inferioare, pentru menținerea unei circulații cerebrale adecvate, favorizate de factorul gravitațional. Această măsură terapeutică trebuie aplicată în orice loc, chiar pe podea, prin improvizarea unui plan înclinat alcătuit din mai multe perne, așezate sub trunchi, bazin și membrele inferioare. Dacă transportarea bolnavului la spital se face cu un alt vehicul, în afara ambulanței Salvării, nu se va renunța nici o clipă la această poziție a bolnavului, deoarece ischemia cerebrală severă poate fi fatală înainte de instituirea transfuziei de sânge.

STĂRILE COMATOASE. Diagnosticul de comă sau stare comatoasă poate fi pus cu ușurință de către cei din jurul bolnavului, prin lipsa de răspuns a acestuia la stimuli dureroși (ciupirea sau înțeparea pielii) și la stimuli verbali (bolnavul nu răspunde la întrebări). Deseori însă, anturajul confundă starea comatoasă, și în special coma de gradul I, în care sensibilitatea dureroasă se menține, cu diferite stări, printre care somnolența profundă.

Stările comatoase sînt provocate de o multitudine de boli, cele mai importante fiind: acciden-

tele vasculare cerebrale (hemoragia, tromboza și embolia cerebrală; hemoragia subarahnoidiană), traumatismele craniocerebrale (accidentele de circulație, de muncă etc.), neuroinfecțiile virotice și bacteriene (encefalitele, meningitele), diabetul zaharat, intoxicațiile acute exogene (prin ingestia sau inhalarea accidentală sau voluntară de substanțe toxice, inclusiv băuturile spirtoase), unele boli endocrine, insuficiența funcțională tranzitorie sau ireversibilă a viscerelor (ficat, rinichi, plămîni), precum și multe alte boli și stări patologice.

Dacă în formele ușoare ale stărilor comatoase primul ajutor se reduce numai la transportarea bolnavului la spital, în comele profunde, în care sînt alterate reflexul de înghițire și respirația, cei din jurul bolnavului pot aplica măsuri de prim-ajutor deosebit de importante pentru apărarea vieții acestuia. În asemenea cazuri, administrarea de alimente, inclusiv lichide, este absolut contraindicată, deoarece pot pătrunde în căile respiratorii superioare, determinînd blocarea lor și asfizia bolnavului. Dacă cel în comă este un diabetic și starea comatoasă s-a instalat după ce acesta și-a administrat doza de insulină, originea hiperglicemică sau diabetică a comei este mai puțin probabilă, fiind mai de grabă o comă hipoglicemică, prin supradoză de insulină. În astfel de cazuri familia sau cei din jurul celui în comă nu-i vor administra o nouă doză de insulină, ci va transporta urgent bolnavul la spital. În cazurile de deprimare accentuată a funcției respiratorii, semnalată de apariția cianozei (colorația albastruie a unghiilor, buzelor și pielii), bolnavul trebuie așezat întins la orizontal pe spate cu capul sub nivelul trunchiului și al membrilor inferioare, cu bărbia mult îndepărtată de torace și mandibula împinsă cu mîna înainte, prin apăsarea pe unghiurile ei. Aceste manevre măresc diametrul antero-posterior al faringelui, permeabilizînd unul din segmentele importante ale căilor aeriene superioare. Poziția adoptată trebuie menținută și în timpul transportării la spital. Dacă în cavitatea bucală și faringiană se găsesc mucozități sau resturi alimentare, vor fi îndepărtate cu ajutorul degetului arătător sau mijlociu, înfășurat (dacă se poate) într-un tifon. Cînd limba are tendința de alunecare posterioară, situație în care se produce astuparea orificiului superior al laringelui și asfizia, se prinde vîrfurile ei între două degete, cu ajutorul unei bucăți de tifon (pentru o priză mai bună) și se trage în afara cavității bucale, menținîndu-se așa pe toată perioada asistenței la domiciliu și în timpul transportului către spital. Dacă asigurarea libertății căilor aeriene superioare prin aceste metode nu rezolvă problema respirației și a oxigenării bolnavului, din cauza deprimării centrilor respiratori din trunchiul cerebral, se instituie imediat respirația artificială prin metoda „gură la gură” sau „gură la nas”, care trebuie efectuată pînă cînd bolnavul a fost preluat de medic.

Conf. dr. Gheorghe MOGOȘ

DARURILE NATURII

**ÎN 1980 — TREI DECENII
DE ACTIVITATE UNITARĂ
ÎN DOMENIUL PLANTELOR
MEDICINALE**

Dictonul „Nimic nu se naște pe teren gol” corespunde în mod deosebit și activității în domeniul plantelor medicinale, care deține frumoase tradiții în țara noastră, întrucât istoria ne oferă numeroase argumente. Herodot amintește de unele practici de utilizare a plantelor medicinale de către geto-daci, iar Dioscorides, în celebra sa lucrare „Materia medica”, menționează plante folosite în scopuri terapeutice pe teritoriul Daciei. De-a lungul secolelor numeroase documente atestă folosirea largă pe teritoriul țării noastre a plantelor medicinale ca principal remediu în tratarea bolilor, datorită cunoașterii temeinice și comuniunii locuitorilor cu natura. În secolul nostru, folosirea plantelor medicinale s-a extins pe baza fundamentării științifice a proprietăților terapeutice, lucrări științifice originale despre plantele medicinale pe baze științifice au fost elaborate de savanți ca Gheorghe Grințescu, Traian Săvulescu, Marcel Brîndză, în deceniul al zecelea constituindu-se nucleu de valorificare a plantelor medicinale, cum au fost cooperativele „Digitalis” — Orăștie, „Adonis” — Cluj și „Romanița” — București sau Laboratorul „Vorel” din Piatra Neamț. Activitatea din această perioadă rezidă însă în încercările izolate de cultivare a câtorva specii și de recoltare a unor produse din flora spontană, prelucrate numai în mică parte în țară, precum și în dezvoltarea unei rețele de stațiuni experimentale sub egida Ministerului Agriculturii.

Din anul 1950 s-a deschis un nou drum valorificării plantelor medicinale în beneficiul întregului popor. O expresie a preocupării deosebite a partidului și statului față de activitatea din acest domeniu o constituie și înființarea în anul 1975 a Trustului „Plafar”, unic organism pentru producerea, valorificarea și prelucrarea primară a plantelor medicinale și aromatice, care prin activitatea sa și a celor 10 întreprinderi cu profil interjudețean acoperă întregul teritoriu al țării, iar prin contribuția adusă de Stațiunea de cercetări pentru plante medicinale și aromatice Fundulea se asigură o calitate superioară și unitară a cercetării științifice.

Cele trei decenii de activitate oferă posibilitatea unui semnificativ bilanț. Apro-

ximativ 75 la sută din cantitatea de plante medicinale și aromatice se obțin în prezent din culturi, de la 14 specii câte se cultivau în anul 1949, ajungându-se astăzi la 60, fie prin introducerea în cultură a unor specii indigene de mare interes (mușețelul, sunătoarea și trei-frați-pătați), fie prin aclimatizarea unor plante din alte zone geografice (zîrna australiană, laurul păros). Saltul cantitativ este spectaculos, prin creșterea producțiilor la hectar, urmare directă a ridicării gradului de tehnicitate, concentrarea culturilor în ferme specializate sau mixte în cadrul unor unități agricole cu tradiție și importanței deosebite ce se acordă cercetărilor în scopul creșterii conținutului în principii active, creării unor soluri valoroase, în special de mentă și lavandă.

O resursă de mare importanță o constituie flora spontană, din cele circa 700 de specii cu proprietăți medicinale fiind valorificate în prezent peste 150, aproape de două ori mai mult decât acum 30 de ani.

În prezent eforturile sînt concentrate în direcția asigurării necesarului, în continuă creștere, a industriei chimico-farmaceutice autohtone, cu plante medicinale, aromatice și uleiuri volatile și a produselor solicitate de populație. De aceea, astăzi considerăm cele trei decenii de activitate doar un început de drum, în anii viitori saltul calitativ constituindu-l aplicarea în culturi a unor tehnologii moderne cu mecanizarea lucrărilor de bază și constituirea unor puternice ferme proprii la toate unitățile noastre, iar în domeniul florei spontane refacerea planificată a potențialului principalelor bazine, astfel încît natura să nu fie sărăcită prin recoltarea plantelor medicinale. Totodată, vor fi finalizate cercetările privind noile produse, cu o eficiență sporită și cu un nivel de prezentare superior. În afara unor noi formule de ceaiuri combinate, va fi extinsă prezentarea la doze, se va urmări realizarea de ceaiuri la tablete sau granule efervescente, a unor noi clase de produse (pentru băi medicinale și aromatice, uleiuri volatile pentru uz extern, extracte de plante medicinale în miere).

Ing. Florentin CRĂCIUN
director general al Trustului „Plafar”

FITOTERAPIA

„Cu doze minime, efecte maxime”, devisa terapiei nespecifice și implicit a celei cu plante medicinale (fitoterapia), aplicată cu multe milenii înaintea erei noastre, este astăzi reconsiderată datorită efectului farmacodinamic al substanțelor pe care le conțin plantele medicinale. Cercetările efectuate în ultimele decenii, între care și ale semnatărilor articolului, au evidențiat faptul că fitoterapia

oferă medicinei remedii naturale cu acțiune pozitivă atât asupra organului sau aparatului afectat cât și asupra întregului organism, constituind un excelent mijloc de tratament, dar și de prevenire a abuzului și dependenței față de medicamentele de sinteză.

În rândurile de mai jos autorii acestui ghid în fitoterapie prezintă posibilitățile de tratament cu plante medicinale în principalele afecțiuni!

AFECTIUNILE APARATULUI RESPIRATOR: Simptomele mai caracteristice ale îmbolnăvirilor căilor aeriene superioare sînt rinoreea (guralul) și obstrucția nazală (înfundarea nasului). Ele pot fi combătute prin inhalatii realizate cu infuzii din: mușeșel, coada șoricelului sau izmă, cu acțiune antiinflamatorie și antiseptică asupra mucoasei nazale. Dacă se produce și inflamația mucoaselor amigdalene, faringiene și laringiene se va face gargară la 3-4 ore cu infuzie din 2 lingurițe de flori de arnică (*Arnica montana*) la 200 ml de apă clocotită. De asemenea, se pot bea ceaiuri preparate din flori de trifoi alb (*Trifolium repens*), ferigă de piatră (*Cystopteris fragilis*), coajă de stejar. Dacă apare tusea, se administrează ceaiuri (infuzii sau decocturi) cu acțiune sedativă din: iederă (*Hedera helix*), scalete vînat (*Eringium planum*), degeșel (*Pulsatilla montana*), roua cerului (*Drosera rotundifolia*), limba ciinelui (*Cynoglossum officinalis*), jaleș (*Stachis germanium*).

De reținut: în fiecare formă de îmbolnăvire a aparatului respirator se va începe tratamentul cu gargară și ceaiuri din plante care au acțiune mai blîndă și sînt mai bine asimilate de organism. Dacă boala nu se ameliorează, se folosesc medicamente de sinteză.

Dacă procesul septic evoluează și apare bronhoalveolite, pneumopatii congestive, emfizem se folosesc plante cu acțiune de fluidifiere a secrețiilor bronșice, expectorantă, antispastică, bacteriostatică și bactericidă și cu efecte sudorifice. Dintre ultimele cităm florile de soc, tei, găbenele și garoafe, frunzele de izmă, busuioc și mesteacăn.

AFECTIUNILE CAVITAȚII BUCALE: În toate formele de inflamații acute sau cronice ale mucoaselor acestei cavități se pot folosi infuziile, decocturile sau tincturile din mușeșel (5 g la 100 ml de apă clocotită), petale de trandafir (2 lingurițe la 200 ml de apă clocotită), ultimele îndeosebi pentru sugari, sulfină, fenicul, năsturaș (în gingivite, parodontoză și ulceratii bucale) se administrează sub formă de gargară sau lavaj bucal. În afecțiunile inflamatorii ale mucoasei esofagului se folosesc plante cu efect antiinflamator și emolient (coada șoricelului, frasin, mușeșel, găbenele, salvie, nalbă mare tătănească, pelin, măceș și chimen).

AFECTIUNILE APARATULUI DIGESTIV: În gastritele acute pentru combaterea durerii și a spasmelor gastrice se vor administra ceaiuri din următoarele plante medicinale: coada racului, roiniță, busuioc, cimbru de grădină, fenicul, chimen, mușeșel, salcîm, maghiran, toate solurile de izmă, coada șoricelului, odolean și cătușă (*Balotamigra*). În gastritele hiperacide se folosesc plante medicinale cu rol hipoacidifiant, care, datorită carbonatului de calciu pe care îl conțin, au efect antineutralizant (coada calului, păpădie, salcîm, zmeur, odolean, dud). În gastritele hipocacide sau anacide se vor folosi plante medicinale care, datorită principiilor amari, stimulează secreția gastrică și de acid clorhidric, secrețiile salivare și gastrointestinale: sovrîr, schinel, pelin, obligeană, țîntaură, ghîntură, angelică, măghiran, anason, lichen de piatră, cătușnică, jaleș de grădină, isop, tarhon, pătlagină, coada șoricelului armurariu, cicoare, andive, foi de salată, busuioc, izmă. Aceste

plante se indică a fi folosite și în stimularea poftelor de mincare (înainte de masă), precum și în stări dispeptice (administrare după masă) sub forma de tincturi (în majoritatea cazurilor preparate prin macerare în soluție hidroalcoolică timp de 5-10 zile).

Hipotonile sau atoniile gastrice (afecțiuni de origine nervoasă) și tulburările dispeptice se pot combate prin ceaiuri băute după mesele principale, care să contribuie la ușurarea digestiei, preparate din următoarele plante: sporiciu (*Verbena officinalis*), apărătoare (*Chalamintha vulgaris*) sau clocotici (*Hb. Rhinanthus glabell*). În combaterea atoniei este indicată infuzia din jaleș de grădină, senzațiile de greață sau vomă se anihilează cu infuzii de izmă, valeriană, roiniță sau busuioc, iar senzațiile de presiune epigastrică și balonare se combat cu infuzii preparate din fenicul, coriandru, chimen, ienupăr, măghiran, izmă, roiniță, jaleș de grădină, mușeșel, coada șoricelului, lavandă, mărar sovrîr, cimbru de grădină, izma broaștei, izmă creată, obligeană, calomfir, iarbă împuscată (*Hypochoeris maculata*).

În boala ulcerosă, tratamentul fitoterapeutic urmărește combaterea tulburărilor neuroendocrine ce au contribuit la declanșarea și întreținerea bolii, precum și a modificărilor structurale ce au loc la nivelul mucoasei tubului digestiv. În tratamentul local al ulcerului gastric și duodenal se vor folosi plante cu acțiune astringentă și cicatrizantă, cum sînt florile de găbenele și mușeșel, mugurii de plop negru, frunzele de frasin, plămînică și sunătoare, rădăcina de tătănească. Pentru combaterea sîngerărilor și hemoragiilor se vor folosi infuzii din frunze de răchitan,

rădăcină de cerențel mătase de porumb, coajă de stejar sau frunze de pătlagină.

În combaterea constipației se pot folosi ceaiuri din : semințe de in, frunze de ci-coare, muștar alb, pelin, păpădie și frasin, flori de soc, frunze de „trei frați pătați”, revent și măcriș, semințe de pătlagină, flori de mișcunele ruginite, frunze de spanac, rădăcină de „lemn dulce”, coajă de crușin. În diaree se folosesc ceaiuri din frunze de afin, frag, izmă, mur, răchitan, roiniță, nuc, porumbur, partea aeriană a plantei, „coada racului”, rădăcină de cerențel, flori de muștel, coajă de stejar, frunze de plămîntăreacă. Următoarele plante au acțiune antiseptică asupra florei gastrointestinale : frunzele de busuioc, afinele, rădăcina de cerențel, partea aeriană a cimbrului de cultură și răchitanului, florile de muștel și coada șoricelului, frunzele de odolean sau de izmă, partea aeriană a maghiranului, ceapa și căței de usturoi. În tratamentul afecțiunilor ano-rectale se pot folosi băi din partea aeriană a cerențelului sau sunătoarei, flori de muștel sau coada șoricelului, frunze de frasin sau pelin, coajă de stejar. În tratamentul oxizuriei, extractul de usturoi (preparat dintr-un bulb de usturoi mărunțit, lăsat 12 ore la macerat în 200 ml de apă, apoi fiert și strecurat) ; utilizat sub formă de clismă, dă rezultate bune. De asemenea, uleiul de mentă s-a dovedit a fi un bun vermifid (citeva picături pe o bucată de zahăr sînt foarte active în enterobioză, iar în concentrație de 1/25 000 omoară oxizurii în două

ore). Semințele de do-vleac se recomandă în special copiilor (cite 30 g), înghițite în citeva prize dimineața, pe nemincate. După citeva ore de la ingerarea dozei se administrează un purgativ. Cu două zile înainte de tratament se dă bolnavului un regim sărac în reziduuri în legume și fructe, iar cu o zi înainte se administrează un purgativ. Dintre speciile vegetale cu acțiune antihelmintică mai pot fi citate afinul, cimbrul, pelinul, rădăcina de iarbă mare, săpunariță și ghințura, fructele de coriandru, coaja de dud, semințele de lă-miță, tămiiță și peliniță grecească, iarba de urecheiniță și de ciurmărea, semințele de lupin dulce, rădăcina de frăsinel, coaja de cenușer, partea aeriană a plantelor numite veninariță și cătușe, coaja de frasin și de soc, partea aeriană a schinelului și peliniei maritime (Arthemisia maritima), frunzele de sena (Cassia augustifolia).

Pentru mărirea poftei de mincare se poate prepara o infuzie din : 3 părți foi de trifoliste (Menyanthes trifoliata), 3 părți rădăcină de ghințură, 2 părți rădăcină de obligeană, 4 părți semințe de chimen, 2 părți pelin. Din acest amestec punem 2 lingurițe la 200 ml de apă clocotită. Amestecul se infuzează 10 minute ; din infuzie se bea 1—2 căni pe zi înainte de masă. Pentru tratarea ulcerului se face un amestec din : 3 părți mușchi de piatră, 1 parte Turită mare, 8 părți rădăcină de tătăneasă. Din amestec se pun 2 lingurițe la 200 ml de apă clocotită și se infuzează

10—15 minute. Se bea 1—2 căni. **Împotriva balonarilor** se prepară o infuzie din 3 părți semințe de chimen, 9 părți flori de muștel, 2 părți izmă și 2 părți rădăcină de odolean. Din amestec se pun două lingurițe la 250 ml de apă clocotită și se infuzează 10 minute. Se bea 1—2 căni. **Contra constipației** se prepară un amestec din 2 părți de fenicul, 2 părți fructe de ienupăr mărunțite bine, o parte fin grecesc (Trigonella folium grecum) și o parte aloë. Din amestec se pune o linguriță la 250 ml de apă clocotită, se infuzează 15 minute și se bea seara înainte de culcare. **Contra diareei** se realizează un amestec din : 3 părți frunze de soc, o parte virnaț și o parte coada racului ; se ia 1 linguriță din amestec și se pune în 250 ml de apă clocotită. Se infuzează 10 minute și se bea 1—2 căni pe zi.

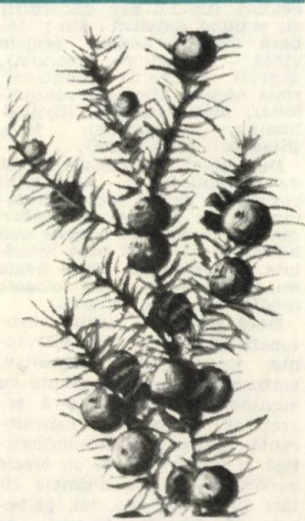
AFECTIUNILE HEPATICE ȘI ALE VEZICII BILIARE : Tratamentul cu extracte din plante medicinale, utilizat în aceste afecțiuni, vizează în principal înlăturarea congestiei hepatice, echilibrarea funcțiilor metabolice ale ficatului și stimularea celei antitoxice, normalizarea chineticii biliare, a secreției și eliminării bilei. În secundar se va urmări tratarea afecțiunilor cardiace și tulburărilor gastrointestinale, tumorii sau calculii ce pot determina staza hepatică. Grupînd plantele medicinale în raport de acțiunea pe care o exercită asupra funcțiilor ficatului, constatăm că dintre cele cu acțiune coleretică și colagogă se pot folosi : anghinarea, rădăcina de ci-coare,



Afinul



Cicoarea



Ienupărul

coaja de dracilă și de crușin, florile de gălbenele, frunzele de fenicul și de pădăie, partea aeriană a cimbrului de cultură și a ungurasului (*Marubium vulgare*). Dintre plantele cu acțiune antiinflamatorie a celei hepatice și cu acțiune favorabilă în normalizarea funcțiilor metabolice ale ficatului menționăm câteva dintre cele cu conținut bogat în acid silicic: coada calului și troscotul (de la care se folosește partea aeriană), precum și rădăcina de „lemn dulce“ (*Glycyrriza glabra*). Experimentările pe care le-am efectuat pe animale din anul 1963 au dovedit rolul incontestabil al siliciului ca protector hepatic. Pe baza plantelor ce conțin acid silicic am realizat o compoziție vegetală cu acțiune hepatoprotectoare, brevetată de către Oficiul de stat pentru invenții și mărci din București.

Deși medicina populară citează plante care distrug calculii biliari, de exemplu rădăcina de brustur și de lemn dulce sau partea aeriană a turitei mari, practica medicală nu a confirmat acest efect.

În cazul tulburărilor de chinezică biliară sau al spasmelor sfincterului Odi (de la nivelul căilor biliare) sau al sfincterului vulvar din pereții vaselor suprahepatice, pot fi folosite plantele medicinale cu acțiune antispastică care au fost menționate în capitolul afecțiunilor digestive, ele contribuind parțial sau total la înlăturarea acestor simptome.

AFECȚIUNILE RENALE ȘI ALE CĂILOR URINARE: În tratamentul acestor afec-

țiuni prin folosirea plantelor medicinale se urmărește în principiu diminuarea sau înlăturarea procesului inflamator de la nivelul rinichiului și al căilor urinare prin combaterea fenomenului toxinfecțios, înlăturarea leziunilor și reechilibrarea funcțiilor de filtrare de la nivelul glomerulului și tubilor, stimularea și normalizarea diurezei, combaterea spasmelor musculaturii netede.

În general, o anumită plantă medicinală exercită o acțiune plurală, ca urmare a conținutului complex în principii activi pe care îl are. Din totalitatea acestora, cel care se găsește în cantitate mai mare sau este mai activ din punct de vedere terapeutic și va imprima plantei medicinale respective acțiunea specifică. Plantele folosite în terapia afecțiunilor renale exercită pe lângă o acțiune principală (diuretică, antiinflamatoare, dezinfectantă etc.) și acțiuni secundare, care o completează. De exemplu, în îmbolnăvirile rinichiului și ale căilor urinare tratamentul cu plante medicinale urmărește menținerea diurezei în limite fiziologice și combaterea fenomenului toxinfecțios. Atât în nefropatiile glomerulare sau tubulare, cât și la nivelul sistemului vascular, restabilirea diurezei în limite fiziologice se va realiza prin administrarea unor infuzii obținute din părți ale unor plante medicinale cu acțiune diuretică, cum sînt: cozile de cireș și de vișine, mătasea de porumb, florile de sulfină, fructele de ienupăr și fenicul, florile de albăstrele, rădăcina de pir,

frunzele de mesteacăn, afin, „strugurii ursului“ (*Artostaphylosuva-Ursi*) și de merișor, ultimele exercitînd un valoros efect diuretic, antiinflamator și antiseptic. O plantă cu acțiune antiinflamatorie și rol de descongectiv renal este anghinarea, iar plopul negru și binecunoscutul busuioc, pe lângă efectul decongestiv, au și un efect diuretic. O acțiune dezinfectantă a rinichiului și căilor urinare, dar, totodată, diuretică, au tecile de fasole, florile de mușetel, frunzele de nuc, rădăcina de „osul iepurelui“ (*Ononis spinosa*) și partea aeriană a plantei „coada racului“ (*Potentilla anserina*). Plantele medicinale silicate, printre care coada calului, troscotul, mătasea de porumb, ovăzul, frunzele de nuc au efecte antiseptice, antiinflamatorii, diuretice și de reglare a metabolismului ionic, contribuind la prevenirea și combaterea calculilor urinari.

În toate formele de îmbolnăviri ale aparatului renal tratamentul cu plante medicinale trebuie stabilit de medic, în funcție de factorii etiologici care au determinat boala. Acesta va avea caracterul de tratament adjuvant, alături de cel medicamentos, iar prin rolul important pe care îl are în normalizarea funcțiilor afectate contribuie la reducerea cantitativă a medicamentelor, scutind rinichiul bolnav de efortul de a elimina produsele secundare rezultate din metabolismul medicamentelor folosite.

Dr. Ovidiu OPRÎȚĂ,
dr. Dan GALU



Socul



Pelinul



Coadă șoricelului

37 DE PLANTE MEDICINALE VALOROASE

Denumirea plantei și partea ce se recoltează	Sedative (ca florile de tei)	Depurative (ca menta)	Antibronșitice (ca florile de tei)	Emoliente (ca mușetelul)	Contra ulcerului, antiacide (ca mușe- țelul și sunătoarea)	Antiastmatice (ca mușetelul)	Absorbante (ca mușetelul)
Afin (frunze)							
Anghinare (frunze)							
Brusture (rădăcini)							
Cicoare (herba)		•					
Cimbrișor (herba)	•		•	•		•	
Coadă șoricelului (herba)			•				•
Coriandru (fructe)							•
Dud (frunze)		•					
Fasole (teci)							
Fenicul (fructe)				•		•	•
Frasin (frunze)							
Gălbenele (flori)					•		
Hamei (conuri)	•						
Isop (herba)			•	•		•	
Merăntică (flori)	•						
Mesteacăn (frunze)		•					
Mur (frunze)					•		
Nuc (frunze)							
Pădăie (frunze)		•					
Pătlagină (frunze)			•	•	•	•	
Pin (muguri)			•				
Pir medicinal (rizomi)			•				
Plop (muguri)			•	•			
Podbal (flori, frunze)			•	•		•	
Porumb (mătase)							
Salcîm (floare)					•		
Schinel (herba)							
Sovîrv (herba)			•	•		•	
Stejar (coajă)							
Talpa gîștii (herba)	•					•	
Tătăneasă (rădăcină)			•	•	•		
Traista ciobanului (herba)							
Troscot (herba)							
Unguraș (herba)			•	•		•	
Vîsc (frunze)						•	
Volbură (herba)							
Vabriană (rădăcini)	•					•	

ține însă aproape 200 de alte specii cu proprietăți terapeutice identice sau foarte apropiate de ale celor cinci „consecrate” de mai sus. Dintre

acestea vă prezentăm 37 de plante medicinale „comune“, dar egal de valoroase cu cele „consacrate“ și deci folosibile pentru a le substitui.

[illegible]

SEXOLOGIE:

pentru toate vârstele

răspunsuri
la întrebările
cititorilor



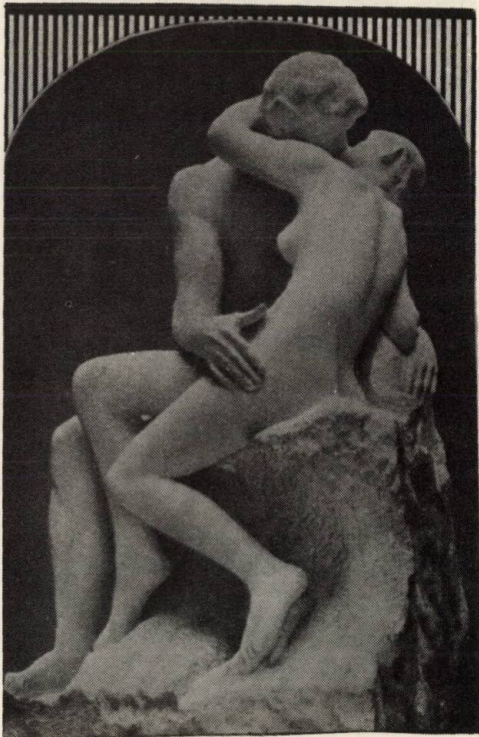
Problemele vieții intime, inclusiv cele ale sexualității, dețin o pondere importantă în rândul numeroaselor întrebări primite la redacție sau adresate brigăzilor noastre științifice în timpul colocviilor organizate în diferite județe.

Dorind să răspundem interesului manifestat de cititori, ne-am adresat tovarășilor Madelaine MĂICĂNESCU-GEORGESCU, doctor în științe medicale, și Bogdan CUPCEANCU, doctor în științe medicale, de la Institutul de endocrinologie „C. I. Parhon“, care ne-au oferit răspunsurile în paginile ce urmează.



Ce se înțelege prin patologia sexuală ?

În patologia sexuală sînt cuprinse anomaliile de dezvoltare sexuală la bărbat și la femeie și tulburările de comportament sexual. În prima categorie se situează hipogonadismul, afecțiune de cele mai multe ori congenitală, caracterizată prin lipsa glandelor genitale (eunuchism) sau prin nedezvoltarea organelor genitale care rămîn infantile. Caracterele sexuale secundare, pilozitatea pe față și corp, îngroșarea vocii și dezvoltarea musculaturii la bărbat, dezvoltarea proporționată a corpului, creșterea sînilor și apariția menstruelor la femeie lipsesc sau sînt reduse. În funcție de severitatea bolii, insuficiența de hormoni sexuali și de hor-



moni hipofizari gonadotropi se repercutează asupra capacității de procreare (sterilitate) și asupra vieții sexuale (imposibilitatea acuplării). Cu excepția cazurilor în care ovarul sau testiculul este afectat sever din naștere, sterilitatea fiind definitivă, tratamentul cu hormoni gonadotropi și cu estrogeni la femeie și testosteron la bărbat determină dezvoltarea caracterelor sexuale, apariția fertilității și desfășurarea unei vieți sexuale normale.

Din cea de-a doua categorie fac parte tulburările la oameni a căror dezvoltare genitală este normală, și anume — vaginismul, dispareunia (dureri în timpul actului sexual), frigiditatea — la femeie și impotența sexuală — la bărbat (pierderea libidoului, tulburări de erecție, de ejaculare,

de orgasm). Tot aici se încadrează devierile sexuale — homosexualitatea, lesbianismul —, masturbarea. Tratamentul este diferit de cel al hipogonadismelor, necesitînd în afara endocrinologului, participarea neuropsihiatruului.

Există o legătură între sterilitate și impotență ?

Cei mai mulți bărbați sînt înclinați să confunde în mod eronat sterilitatea cu impotența. Există și astfel de situații, dar acestea sînt rare. Testiculul are două structuri distincte și cu funcții diferite. Una formată din tubi care produc celulele germinative și spermatozoizii și alta formată din celule specializate care se află între tubi și care au rolul de a secreta hormonul masculin. Tubii seminiferi sînt sensibili la numeroși factori interni și externi (raze X, infecții, stări febrile etc.), pe cînd țesutul care secretă hormonul masculin, testosteronul, este rezistent la diferite stressuri. Deseori spermatozoizii există în testicul, dar din cauza obstacolelor mecanice situate de-a lungul căilor genitale, ca urmare a unor vechi procese infecțioase, individul este steril, ceea ce nu împiedică desfășurarea normală a activității sexuale. Excepție fac cazurile de hipogonadism congenital, în care testiculele sînt mici, nedezvoltate, iar cele două funcții ale testiculului sînt deficitare.

Care este vîrsta ideală pentru căsătorie ?

Presupun că nu doriți să aflați o cifră, ci o condiție, fapt pentru care mă voi referi la epoca pe care o trăim și la climatul nostru. Numai cu cîteva decenii în urmă, căsătoria — cel puțin la fete — era dictată de interese materiale. Fata se mărita — total nepregătită pentru viață — încă de pe băncile școlii, dacă i se prezenta o „partidă bună”, și mai ales dacă și ea avea ceva zestre. Azi adevărata zestre a fetei este învățătura și meseria pe care o are și care îi creează independență și libertate în viață. Femeia este egală în drepturi cu bărbatul și tîna nu se mai grăbește să se mărite numai pentru a scăpa de acasă și a-și face un rost. Criteriile de întemeiere ale unui cămin sînt cu totul altele. Căsătoria înseamnă desprinderea de copilărie, acomodarea la un nou mod de viață, renunțarea la unele comodități, însușirea unui fel de a gîndi și a acționa în comun. Odată pasul făcut din dragoste pentru partenerul de viață trebuie depuse eforturi zilnice pentru menținerea armoniei conjugale și totodată trebuie privită cu toată seriozitatea venirea pe lume a unuia sau mai multor copii.

Pot fi considerați factorii endocrini ca factori determinanți ai comportamentului sexual ?

Studii de dată recentă au dat la iveală date surprinzătoare, și anume că hormonii, cu deosebire cei secretați de hipofiză, ovar și testicul, sînt principalii factori, alături de cei genetici, care plămuesc sexul individului. Ei acționează în mai multe etape, cel mai important eveniment producîndu-se în viața intrauterină. De pildă, începînd

din luna a patra, fătul masculin secretă hormoni sexuali a căror menire este să modeleze organele genitale masculine. Totodată, hormonii pătrund și în creier, unde organizează anumite structuri nervoase, în așa fel încât individul adult să posede toate prerogativele bărbătești. În lipsa hormonilor masculini se naște un individ anormal, intersexuat, avînd o serie de trăsături feminine. În cea de-a doua etapă, adică la pubertate, hormonii asigură maturizarea organelor genitale și desăvîrșesc sexualizarea psihică și fizică. Rolul hormonilor nu se termină aici. Ei sînt elaborați permanent în timpul vieții adultului, fiind indispensabili menținerii caracterelor feminine sau masculine. Scăderea patologică a hormonilor sexuali sau fiziologică, în raport cu vîrsta (menopauză sau andropauză), se răsfrînge asupra comportamentului

pentru sexul opus, coloratură a acțiunii hormonilor asupra centrilor sexuali din creier, devine mai conturat, mai bine orientat.

Poate fi vindecată impotența ?

Desigur. În zilele noastre nu mai poate fi vorba de tatonări și incertitudini în conduita terapeutică a impotenței sexuale. În primul rînd, pentru că, datorită perfecționării tehnicilor de laborator (radioimunologie, genetice etc.), medicina contemporană oferă posibilități largi de depistare și de studiere a cauzelor tulburărilor sexuale. Cu noăsterea cauzelor înseamnă și posibilitatea combaterii lor. Astfel, tratarea bolilor metabolice, vasculare, urogenitale, renunțarea la sedentarism, la excesul de tutun și alcool, îngrijirea afecțiunilor

Uneori adulții, speriați de pericolul pe care îl poate prezenta pubertatea pentru copilul lor, se gîndesc să-l apere, menținîndu-l artificial în necunoașterea celor mai simple realități. Neprimind răspunsuri la multiplele lor frămîntări se pototesc deci liberi să facă ceea ce cred.

Chiar să greșească.



sexual, producînd dereglarea funcției sexuale — frigiditate, impotență —, ca și a altor funcții ale organismului care pot fi corectate prin instituirea tratamentului hormonal.

La ce vîrstă apare libidoul ?

Deși din fragedă copilărie există deosebiri — fizice și de comportament — între fete și băieți, preocupările sexuale apar mai tîrziu, adică la pubertate, odată cu maturizarea sexuală. La început senzațiile sexuale sînt nedefinite, difuze. Ele se manifestă prin afecțiuni la fete și prin „prima și marea dragoste” la băieți. Există, desigur, variații în ce privește vîrsta la care apare interesul sexual în funcție de climă, mediu, societate, preocupări. Cu timpul, sentimentul de dragoste

nervoase și hormonale sînt urmate de revenirea la normal a potenței sexuale. În plus, medicul dispune de o gamă variată de medicamente al căror mod de acțiune a putut fi precizat nu numai la nivelul țesuturilor, ci și la nivelul moleculei. Există în prezent preparate a căror acțiune de inhibare sau de stimulare se exercită selectiv asupra unor zone din creier sau asupra glandelor cuprinse în reglarea comportamentului sexual. În acest fel, medicul specialist poate urmări îndeaproape manifestările bolii și poate interveni cu succes la combaterea cauzelor.

De ce apare sterilitatea ?

Priviți în linii mari, factorii care privesc căminul de copii sînt comuni ambelor sexe : ano-

malii din naștere, factori hormonal, genetici, infecțioși etc. Cuplul este socotit steril când după 2 ani de căsnicie tinerii soți nu au zămislit un prunc. În cazul în care analiza spermei indică absența spermatozoizilor sau când calitatea spermei nu îndeplinește condițiile necesare fecundării se impune înainte de începerea tratamentului cercetarea motivelor care au dus la pierderea potențialului fertil. Un prim factor determinant al sterilității îl constituie necoborîrea testiculelor la naștere, afecțiune cunoscută sub denumirea de criptorhidrie sau ectopie și poate fi de o singură parte sau de ambele părți. Tratamentul constă în aplicarea corectă a preparatelor hormonale, urmată de coborîrea chirurgicală a testiculului situat în canalul inghinal sau în abdomen. În perioada copilăriei, la tinerete și la vîrsta adultă se adaugă alți factori dăunători funcțiilor testiculare. Traumatismele genitale (fotbal, joacă, accidente), procesele infecțioase genitourinare, bacteriene (tuberculoză, gonoree, colibaciloză ș.a.) sau virotice (oreionul, în special) afectează țesutul testicular și căile de acces ale spermatozoizilor, producînd orhiepididimite, a căror urmări asupra fertilității pot fi temporare sau definitive. Se va proceda la tratarea cu rigurozitate și de urgență a proceselor infecțioase pentru a împiedica extinderea procesului patologic. Hernia mare inghinoscrotală și varicocelul voluminos, bilateral, produc perturbarea circulației la nivelul testiculului cu alterarea calității spermei. În fine, când ambii soți sînt sănătoși, trebuie luată în considerare incompatibilitatea imunologică și efectuate testele imunologice. La femele, cele mai frecvente cauze sînt date de urmăririle unor inflamații ale organelor genitale (multe din ele ca rezultat al avorturilor spontane) și afecțiunilor endocrine.

Masturbarea poate duce la impotență ?

Caracterul pregnant al acestei practici îl constituie frecvența mare la adolescenți și la tinerii necăsătoriți. Tensiunea sexuală crescîndă, timiditatea sînt factori care-l îndeamnă să-și aleagă calea aparent avantajoasă care îl scutește de efortul de a căuta și de a cuceri femeia. Această manifestare este lipsită de urmări. Alteori însă tînrul se complăce vreme îndelungată în această situație practicînd masturbarea în mod abuziv. Desprins de realitățile naturale, apropierea de femeie îl înfricoșează, îi stăvilește elanul erotic și prima tentativă sexuală se soldează cu eșec, ceea ce îi creează convingerea că este impotent. În realitate, el ar putea avea o viață sexuală normală, cu condiția renunțării la vechiul obicei, fapt care cere răbdare, perseverență, și mai ales încredere în sine.

Pînă la ce vîrstă este fertil un bărbat ?

Spre deosebire de femeie, la care fecunditatea este legată de o anumită perioadă a vieții, la bărbat nu există limită de vîrstă. Aproximativ după 15—16 ani bărbatul este capabil de procreare, aptitudine care se menține pînă la vîrste înaintate.

Se cunosc bărbați fertili la 80 de ani și chiar mai tîrziu. Faptul în sine nu este surprinzător și are explicație științifică. Dacă bărbatul în vîrstă este sănătos, glandele genitale continuă să producă spermatozoizi, deși într-un ritm mai scăzut. Declinul vieții sexuale nu înseamnă neapărat și pierderea capacității de procreare. Puțini vîrstnici ajung însă la aceste performanțe, deoarece de-a lungul vieții testiculul este supus influenței nocive a numeroși factori: boli venerice repetate, afecțiuni genitale, maladii cronice (tuberculoză ș.a.), abuzuri alimentare, exces de tutun și alcool. În cea de-a treia etapă a vieții intervin îmbolnăvirea prostatei și mai ales afecțiuni vasculare — arterioscleroza — care produc leziuni degenerative în testicul și pierderea funcțiilor sale. Deși capacitatea de fecundare a bărbatului se întinde după cum am văzut pe o perioadă de multe decenii, vîrsta optimă de procreare se situează din multiple considerente între 25 și 35 de ani, perioadă în care culminează calitățile fizice și mintale, conferindu-i bărbatului posibilitatea de a avea urmași sănătoși și totodată perspective largi de a-i crește și a-i educa.

Este prostata o glandă sexuală ?

Prostata este o glandă sexuală mai puțin cunoscută de profani, poate datorită poziției sale „ascunse”. Situată de-a lungul căilor urinare, în apropierea uretrei peniene, contribuie prin secreția ei la formarea lichidului spermatic, lichid extrem de bogat în substanțe organice și enzime, avînd rolul de a transporta spermatozoizii și de a-i hrăni. Îmbolnăvirile prostatei — prostatitele — sînt, din păcate, destul de răspîndite la tînr și la adult. Ele sînt provocate de infecții bacteriene care se transmit pe calea singelui sau sînt pricinuite de infecții genitale diverse. Prostatitele se însoțesc de dureri perineale, micțiuni și ejaculări dure-roase și chiar de dereglări sexuale, erecții slabe și ejaculări rapide. Tratamentul antiinflamator are drept scop să împiedice cronicizarea afecțiunii care devine sîcîtoare pentru bărbat. După vîrsta de 55 de ani apare frecvent hipertrofia de prostată, a cărei cauză nu este bine precizată. Se pare totuși că prostata vîrstnicilor devine sensibilă la jocul hormonilor sexuali, reacționînd prin modificări de formă și de structură. Tulburările urinare și cele sexuale sînt manifestările clinice obișnuite ale hipertrofiei de prostată. Pentru depistarea precoce a acestei afecțiuni se recomandă examenul urologic periodic la bărbatul care a depășit 50 de ani.

Cînd se diferențiază sexul ?

Diferențierea sexuală normală între o femeie și un bărbat este un proces care se desfășoară în timp. Aceasta începe chiar în momentul fecundăției, atunci cînd se stabilește formula cromozomială specifică unui anumit sex. În baza acesteia, pe parcursul dezvoltării intrauterine urmează diferențierea gonadelor primitive în ovare sau testicule și apoi a căilor genitale, caracteristice. În

paralel, la nivelul unor centri cerebrali are loc o diferențiere neurocomportamentală corespunzătoare. În sfârșit, la pubertate și în anii imediat următori se desăvârșește maturarea sexuală, care conferă individului caracterele corporale și psihosexuale specifice sexului respectiv.

Ce semnificație are prima menstră ?

Prima menstră sau „menarha” constituie, de fapt, începutul perioadei denumită pubertate. Vârsta ei de apariție poate prezenta, în general, variații destul de mari. Creșterea nivelului cultural și economic influențează în mod favorabil decalarea spre vârste mai tinere a menarhei. Ca urmare, în comparație cu menarha maternă, în perioada actuală la noi în țară vârsta apariției primei menstrue este azi mult mai precocă, aceasta situându-se în medie între 12 și 13 ani. Există însă și cazuri de pubertate precocă.

Cîți dintre noi nu privim cu ochi critic asemenea imagini ? Dar să ne aducem aminte că odată, mai înainte de a fi înțelepții și moralisții de azi, am trecut printr-o perioadă în care visul era la fel de real ca realitatea însăși



Aceasta înseamnă că menarha survine înainte de vârsta de 8—9 ani. Desigur însă că pe lângă precocitatea menstriei sînt de luat în considerare și alți factori.

Cum se pot explica ciclurile mai lungi sau mai scurte ?

În mod obișnuit, ciclul se repetă la intervale de 26—28 de zile. Valorile extreme ale normalului, după diverși specialiști, pot fi socotite însă și 21 de zile ca interval minim și 35 de zile ca interval maxim. Principalul lucru îl constituie, de fapt, repetarea succesivă, regulată, cu aceeași cadență a ciclului, în limitele mai sus menționate. Diferențele între o persoană și alta în aceste limite poate că ar trebui considerate asemănătoare

cu pasul mai mare sau mai mic pe care îl face fiecare în mers.

Ce se înțelege prin ovulație ?

În mod obișnuit, la femeie, în perioada de reproducere, unul din numeroșii foliculi existenți în cele două ovare capătă în cursul ciclului o dezvoltare deosebită, iar cu 14—15 zile înainte de menstră el se rupe, moment pe care îl denumim ovulație. Atunci este eliberat ovulul care ulterior va putea fi fecundat. În perioada de pubertate, la femeia care alăptează, și în perioada de premenopauză, deși există cicluri finalizate prin menstră, o bună parte din acestea nu sînt însoțite de ovulație. Chiar și la femeia aflată în perioada de reproducere, aproximativ 10 la sută din cicluri sînt anovulatorii — frecvența lor crescînd odată cu înaintarea în vîrstă.

De ce uneori ciclul este dureros ?

De fapt nu ciclul întreg, ci perioada pre, intra sau postmenstruală sau toate acestea la un loc pot fi însoțite de dureri abdominale sau/și pelviene. Cauzele sînt multiple. Cele mai frecvente sînt date de prezența unor leziuni interne și/sau anexiale (fie înnăscute — malformații, fie dobîndite — în cursul vieții — mai ales inflamații). Uneori însă examenul medical nu reușește să descopere o cauză organică evidentă. Aceste situații sînt înțelnite în cazuri de dezechilibre neuroendocrine sau chiar psihice.

Care sînt motivele avortului spontan ?

În general se consideră drept avort terminarea unei sarcini înainte ca fătul să devină viabil. Ma-

rea majoritate a acestora sînt o urmare a unor factori ovulari (deficiențe ale oulului propriu-zis sau a modului său defectuos de implantare în cavitatea uterină); alte avorturi sînt de factorii materni (traumatisme directe sau indirecte, infecții, anomalii uterine, închiderea defectuoasă a colului uterin, cauze alimentare, toxice, endocrine, psihice ș.a.). Sînt însă și situații în care aparent nu există o explicație satisfăcătoare a motivului care a produs avortul.

51 Ce importanță are prima sarcină ?

Bineînțeles o importanță capitală, fiindcă sînt situații, și din păcate nu puține, cînd dorința pentru o altă sarcină devine o adevărată problemă, uneori complet nerezolvabilă.

52 Cum se explică frigiditatea ?

Frigiditatea este, în fond, o tulburare de adaptare sexuală. Motivele instalării ei de la începutul sau pe parcursul vieții sexuale sînt prea numeroase și complexe pentru a fi discutate aici. Pot fi însă amintite cîteva. Sînt evidențiate astfel: cauze neurologice — lezări ale centrilor comportamentului normal; ginecologice — leziuni inflamatorii, infantilism genital etc.; endocrine — în special insuficiențe ovariene; psihice — lipsa afectivității și emoțiilor, prezența unor factori inhibitori, traume psihice etc.; psihopatie — oboseala și afecțiunile generale — în special obezitatea, diabetul zaharat, anemiile și alterările vasculare sînt frecvent asociate cu frigiditatea.

Frigiditatea se poate trata, tratamentul diferit, în funcție de forma clinică, asociindu-i-se cu un regim igienico-dietetic cu valoare adjuvantă.

Menopauza înseamnă sfîrșitul vieții sexuale ?

Menopauza, în sensul strict al termenului, reprezintă doar momentul cronologic al încetării spontane și definitive a menstruelor. Acest moment se situează pe parcursul unei perioade (de transformări în special endocrine), care poate dura mai mulți ani, perioadă pe care o denumim climacteriu și în cursul căreia diminuează și apoi dispare complet capacitatea ovulatorie, deci cea de reproducere. În schimb, aceasta este perioada în care o bună parte din femei ajung la cotele cele mai înalte ale capacității și creativității lor. Iar în ceea ce privește sexualitatea, în mod normal nu există nici un motiv de a aprecia că această perioadă din viața femeii i-ar reduce capacitatea, dorința sau satisfacția sexuală.

Ce urmări are excesul de foliculină ?

De fapt, sub termenul de foliculină este desemnată estrona — una dintre cele trei substanțe estrogenice mai importante, produse, în principal, de ovar. Acțiunea estrogenilor este evidentă, în primul rînd, asupra organelor care fac parte din aparatul de reproducere. Ea se răsfîrte însă și asupra sistemului nervos, glandelor endocrine, aparatu-

tului cardiovascular ș.a. Excesul estrogenic (de fapt insuficienta sa contrabalansare la nivelul așanumiților receptori, de către progesteron) este una dintre cauzele principale care determină, la nivelul uterului, diversele tulburări menstruale și, prin acțiunea sa în timp, apariția fibromului. La nivelul sînilor, acest exces produce durerile pe care le resimț, de obicei, premenstrual, unele femei, și o serie de modificări locale, caracteristice patologiei endocrino-dependente a sînului. Această insuficiență de progesteron poate fi depistată din timp și combătută. Examenul clinic corelat cu metodele de laborator, care ne stau azi la dispoziție, oferă premisele recunoașterii de la început a unei tulburări de secreție sau de recepție endocrină și, ca urmare, posibilitatea unor măsuri terapeutice adecvate.

Poate hiperestrogenia să reprezinte un factor cancerigen pentru sîn ?

O acțiune cancerigenă directă a estrogenilor în cancerul de sîn, în sensul noțiunii de cauză-efect, nu a putut fi demonstrată la om. Totuși există elemente care susțin presupunerea că estrogenii ar putea contribui la producerea unui cancer de sîn, fie prin modificarea unor condiții locale, care să faciliteze acțiunea altor substanțe sau factori cu acțiune cancerigenă directă, fie în alt mod.

Numărul persoanelor cu o astfel de boală benignă este destul de mare, raportat la numărul de cancere de sîn. Purtătoarele acestor boli benigne în foarte multe cazuri nu își dau seama de prezența ascunsă a bolii. Aceasta trece uneori complet neobservată și chiar fără nici un fel de urmări deosebite pentru persoanele vizate. Trebuie subliniat însă că la bolnavele de cancer de sîn se constată într-un procent important de cazuri prezența concomitentă a unei afecțiuni benigne. Acest fapt a determinat pe specialiști să conchidă că riscul de a face un cancer este mai mare la persoanele purtătoare a unei mastoze sau a altei boli benigne a sînelui.

Ce rol are tratamentul hormonal în bolile benigne ale sînelui ?

Deoarece sînul este un organ care oglindește funcția unor glande cu secreție hormonală, și în primul rînd a ovarelor, modificările sale patologice, funcționale și structurale apar și se dezvoltă în bună parte în cadrul, sau ca urmare, a unor perturbări hormonale. Existența, de exemplu, a unor modificări ale ciclului, și care persistă luni și ani, poate fi în mod indirect un simptom care să atragă atenția în acest sens. Prin urmare, considerăm justificat acest tratament, dar aplicat numai în situații bine definite și în mod judicios.

Scopul tratamentului este în primul rînd de a normaliza raportul între diverșii hormoni. Aplicat la timp, ar putea preveni o boală a sînelui sau agravarea acestuia. Dar pe lîngă faptul că are indicații practice, acest tratament are și limite care nu trebuie depășite.

Spicuri din presa străină

Trăiască vîntul de iarnă!

„Perioada temperată de cîteva mii de ani în cursul căreia s-a dezvoltat civilizația se apropie de sfîrșit. O nouă glaciațiune este inevitabilă”. Această profeție dezagrabilă este datorată lui Robert Andrey („Vinătorea l-a creat pe om”, Ed. Stock). După celebrul antropolog și etnolog, peste cîteva decenii, cel mult peste cîteva secole, un strat de gheață de 1 500 m grosime va acoperi Chicago, și fără îndoială și Parisul.

De curînd a avut loc la Paris un congres. Specialiștii în fiziologie, climatologie, arhitectură au discutat despre adaptarea ființelor umane la condițiile termice. Miracol al sinergiei, înțilnirea atîtor experți aparținînd la discipline diferite a permis să se ajungă la rezultate remarcabile, pe care ziarul „Le Monde” din 28 decembrie 1978 le rezuma astfel: „Cel mai eficace element al confortului termic este mai degrabă vestimentul decît calorigen”. „Dacă vă e frig, acoperiți-vă” — concluziona, într-un mod mai simplu „International Herald Tribune”. Într-adevăr, natura n-a adaptat încă, pe calea evoluției darwiniste, ființele umane la clima domiciliului lor. Oricare ar fi țara sa de origine, unei ființe umane îi va fi frig în Suedia și cald în Senegal. Locuitorii din Stockholm tremură de frig dacă ies fără palton, pe cei din Dakar îi trec nădușelele dacă și-l pun.

S-ar putea crede că dacă francezii, care înțrețin în apartamentele lor o temperatură net inferioară celeia din casele americanilor, posedă un organism mai rezistent la frig. Nimic mai puțin adevărat: americanilor le place să lucreze în cămașă, pe cînd francezii preferă să muncească în vestă, la care mai adaugă o „plesă” de lînă sau o lenjerie de corp termogenă: aceasta este singura explicație.

Agencia pentru economia de energie nu s-a mulțumit numai să se intereseze de aproape de rezultatele congresului; ea a fost coorganizatoarea acestuia, rîmînd credincioasă rolului său care consistă, după cum știe fiecare, în evitarea oricărei risipe de energie. Or, există o risipă mai mare decît încălzirea locuințelor și a birourilor?

25 la sută din energia consumată în Franța, fiind destinată menținerii în locuințe a unei temperaturi de 20 de grade, este socotită drept o adevărată pierdere, știut fiind că strămoșii noștri se mulțumeau cu 12 grade; ea este cheltuită pînă la urmă la încălzirea atmosferei globului, contribuind astfel la deficitul balanței comerciale. Și încă noi sîntem mai favorizați decît vecinii noștri europeni, care, nebeneficiînd de iernile noastre dulci din Bretagne și de pe malul Mediteranei, consumă 34 la sută din energia lor pentru a se încălzi.

La polul opus al acestor orgii ale calorilor, răbdătorea Japoniei nu consacră decît 17 la

sută din petrolul pe care-l importă pentru încălzirea atmosferei. Cei care au vizitat această țară în timpul iernii nu se pot abține să sublinieze, cu frisoane în voce, că locuințele din această țară nu sînt practic încălzite. Într-un supliment al ziarului „Le Monde” (11-12 decembrie 1977), Paul Fabre se întreba dacă nu cumva aceasta explică, în parte, succesul economiei japoneze: folosirea kimonourilor de iarnă matlasate permite folosirea petrolului la fabricarea mașinilor Tolota și Datsun.

Păcat că, în loc să ne îndemne să urmăm exemplul japonez, Agenția pentru economia de energie se situează pe o poziție contrară, îndemnînd pe francezi să-și izoleze mai bine casele din punct de vedere termic. Ar trebui mai degrabă să fim îndemnați să trăim în locuințe deschise tuturor vînturilor, după exemplul caselor de lemn și de hirtie ale japonezilor. Ne-ar fi imposibil să le încălzim în mod acceptabil și ar trebui, adoptînd modul de viață japonez, să renunțăm repede la arderea inutilă a prețiosului lichid. Totuși, dacă ar fi să ne ridicăm deasupra meschinilor economiei de dolari și să ne gîndim la inevitabila eră glaciară care ne așteaptă, trebuie să căutăm metode de adaptare la frig mai radicale decît un simplu flanel. Dacă ar fi să dăm crezare dărilor de seamă pe care presa le-a consacrat colocolului din decembrie trecut, n-a pomenit nimeni de marmote și de urși; or, adaptarea acestor mamifere la frig începe să înțrîne pe savanți, care au și trecut la studierea fenomenului.

Cum pot să hiberneze aceste ființe, adică să doarmă luni întregi fără nici un fel de hrană, fără să moară de frig? Ursul își arde rezervele de grăsimi și-și menține toată iarna temperatura internă a corpului la un nivel normal. Cît despre marmotă, temperatura ei interioară scade considerabil și își arde energia „cu înecătinătorul”.

Se întîmplă că unii alpinisti înțepenii într-o crevasă sau unele persoane rătăcite pe munți, să moară destul de repede de frig. Cînd mecanismul de hibernare al ursului va fi descifrat, am putea presupune că vom dispune de medicamente care să declanșeze combustia rezervelor de grăsimi; purtate asupra lor de către alpinisti, ele ar permite salvarea de vieți omenești în caz de accident. Marmota este un model și mai interesant decît ursul. Dacă temperatura corpului nostru ar scădea la 34 de grade, nu numai că am rezista mai bine la frig, dar unii biologi afirmă că am putea trăi de două ori mai mult...

Nu ne rămîne decît să descoperim centrul de control al reglării termice a marmotelor, a urșilor și a mamiferelor în general. Se află oare acest centru în hipotalamus? (Există și partizani ai tymusului și al glandei pituitare: să nu uităm deci mai ales tymusul și glanda pituitară.)

Dar poate că există ființe umane care știu să imite ursul și marmota. În cartea sa „Călătoria unei pariziene la Lhasa”, Alexandra David-Neel povestește cum călugării tibetani au învățat o tehnică secretă de rezistență la frig. Această tehnică presupune o lungă ucenicie. băi cu apă înghețată și plimbări în ținuta lui Adam (sau a Evei) prin zăpadă, și a permis exploratoarei să petreacă nopți în Himalaia departe de orice adăpost fără să moară de frig.

Alexandra David-Neel a murit centenară. Oare tehnica secretă a tibetanilor face să scadă temperatura corpului la 34 de grade?

Agencia pentru economia de energie și prospectiva glaciară, mai sus citată, a și trecut la recenzarea tuturor călugărilor tibetani care trăiesc în Franța și poate în curînd vor fi predate în toate orașele mari cursuri de yoga tibetană, patronate de către acest organism oficial.

Gheorghe MIRCEA

SEMNE ȘI INTERPRETĂRI

În medicină, ca și în alte domenii ale științei cunoașterea și interpretarea unor fenomene — în acest caz a unor simptome — ajută la stabilirea cauzelor, a diagnosti-

cului și tratamentului. Mulți dintre noi sîntem tentați însă de a ne pune singuri un diagnostic. Să lăsăm aceasta în sarcina medicului.

AMEȚEALA

Suferinzii o descriu sub forma unor senzații variate — nesiguranță în mers, clătinare, cădere în gol, învîrtire în cap, încețoșare a vederii, slăbire bruscă a membrelor inferioare etc. În producerea acestui simptom, de fapt o tulburare de echilibru, pot interveni atît diferite deficiențe funcționale, cît și leziuni organice ale aparatului vestibular, care pot crea confuzii cu vertijul propriu-zis.

Ca simptom, amețeaua poate fi întîlnită într-o serie de afecțiuni, cum sînt: nevroza astenică, cremnofobia, agorafobia, anemia severă, hiper și hipotensiunea. Astfel, la suferinzii nevrotici, amețeaua este de durată, fiind însoțită de o stare de neliniște, palpitații, tremurături și dureri de cap. Uneori, ea îmbracă și aspecte particulare, și atunci vorbim de cremnofobie (senzația de dezechilibru și teama de înălțime) și agorafobie (teamă de spațiile deschise, în care se manifestă cu maximum de intensitate senzația de dezechilibru). În cazul anemiilor severe, amețeaua se accentuează în ortostatism și după eforturi fizice, și se datorează slabei oxigenări. În hipertensiunea arterială, se pare că se datorează pe de o parte stării de anxietate, pe de altă parte unor tulburări circulatorii cerebrale.

Cît privește hipotensiunea arterială, se poate întîmpla ca ea însăși să fie cauza amețelii. În acest caz, ea apare mai ales la schimbările de poziție și, în mod deosebit, la trecerea din poziția culcat în picioare. Dar tulburări de acest fel mai pot prezenta și bolnavii febrili, ca și convalescenții după diverse boli și, în general, cei care au stat mult la pat. La ridicarea din pat, aceștia prezintă o amețea intensă și întunecarea vederii timp de cîteva secunde, iar uneori chiar stări de leșin. Chiar și o serie de alte boli, cum sînt stenoza mitrală, stenoza aortică, sindromul sinuso-

lui carotidian și tulburările de ritm cardiac severe (tahicardiile și bradicardiile) se pot însoți de amețeli, datorită ischemiei cerebrale tranzitorii.

La vîrstnici, amețeaua poate fi considerată ca o manifestare cerebro-vasculară a aterosclerozei. Dintre afecțiunile endocrine, hipoglicemia este cea care determină amețeli, alături de transpirații și de foame.

DISPNEEA

Se caracterizează prin senzația de respirație dificilă, sufocare și sete de aer și se însoțește de modificări ale mișcărilor respiratorii privind frecvența (polipnee, bradipnee), amplitudinea și ritmul. Ca simptom este des întîlnită în practica medicală, datorîndu-se atît unor boli pulmonare sau cardiace, cît și hematologice (anemii) și metabolice (diabet zaharat în stare avansată de acidoză, insuficiență renală). Totuși dispneea nu este totdeauna un simptom de boală.

În mod normal, o persoană sănătoasă, în repaus, respiră ușor, fără efort, cu o frecvență de aproximativ 16 respirații pe minut, aerul inspirat și expirat de fiecare dată fiind de 500—600 ml. Un ciclu respirator are o inspirație activă și o expirație pasivă, respirația realizîndu-se printr-un joc muscular armonios, în care rolul esențial revine diafragmului. Centrii respiratorii care inițiază actul ritmic al respirației se găsesc în bulbul rahidian, iar reglarea chimici care îi excită sînt concentrația sanguină în bioxid de carbon, concentrația ionilor de hidrogen (pH) și tensiunea oxigenului în singele arteriale. În reglarea respirației intervin și factorii nervoși (scoarța cerebrală și o serie de acte reflexe), precum și cei metabolici (creșterea metabolismului bazal în tireotoxicoză, stări febrile care determină apariția dispneei prin creșterea schimburilor gazoase la nivelul plămînului).

Principalele afecțiuni în care poate să apară dispneea sînt cele respiratorii, cardiovasculare și febrile.

Dintre bolile aparatului respirator menționăm: stenozele căilor respiratorii superioare, bolile care reduc suprafața pulmonară (pneumonii, bronhopneumonii, tumori pulmonare, pleurezii masive, pneumotorax), cele care determină o insuficiență respiratorie obstructivă (bronhopneumopatie cronică obstructivă, bronșite cronice, emfizem pulmonar, astm bronșic) și cele care împiedică expansiunea toracei (cifoscolioză, obezitate, spondilită anchilozantă, fracturi costale etc.). Cît privește bolile cardiovasculare, acestea sînt: insuficiența cardiacă predominant ventriculară stîngă (produsă de hipertensiunea arterială), bolile coronarelor, bolile valvulelor aortice și insuficiența mitrală. Ele produc dispnee datorită stazei pulmonare, care va fi cu atît mai accentuată cu cît staza este mai severă. Stenoza mitrală, de asemenea, se însoțește de dispnee tot prin staza pulmonară pe care o realizează.

Dispneea de cauză cardiacă poate să îmbrace mai multe aspecte, dintre care cele mai frecvent întîlnite sînt: dispneea de efort, dispneea paroxistică nocturnă cu cele două forme ale sale (astmul cardiac și edemul pulmonar acut), ortopneea (respirația numai în poziție șezîndă) din formele severe de insuficiență cardiacă și dispneea întîlnită mai ales la bolnavii în vîrstă, cu insuficiență ventriculară stîngă și cu arterioscleroză cerebrală.

Trebuie să menționăm aici că și în patologia aparatului respirator întîlnim dispnee paroxistică, în crizele de astm bronșic, caracteristică fiind șuierătura expiratoare pe care o produce. Pe lîngă acestea, în caz de stări febrile și diabet zaharat pot apare dispnei.

PALPITAȚIILE

Se remarcă prin perceperea dezagrebilă a bătăilor inimii. În mod obișnuit, omul sănătos nu-și percepe aceste bătăi decît după un efort fizic intens sau după o emoție puternică. Acestea sînt fiziologice.

Palpitațiile nu constituie un semn caracteristic pentru o anumită boală cardiacă. Chiar cînd domină scena clinică, analiza lor este mai puțin utilă pentru diagnosticul bolii de bază decît analiza altor simptome și investigații de laborator. Totuși medicul le acordă atenție și ține seama de faptul că neliniștea bolnavului care acuză palpitații poate determina și alte perturbări.

Fîind o tulburare funcțională specific cardiacă și bolnavii făcînd legătura între prezența lor și o boală de inimă, palpitațiile constituie un simptom care generează bolnavilor respectivi fie o oarecare preocupare, fie o îngrijorare, sau chiar o adevărată panică.

Palpitațiile sînt descrise în mod diferit de către bolnavi («fluturări» sau «fîlfîiri» ale inimii, bătăi puternice, pulsații în gît etc.). Uneori ele pot fi rezultatul unei tulburări ale ritmului cardiac (extrasistole, tahicardie paroxistică, fibrilație atrială paroxistică) sau cardiopatii ischemice (cînd survin mai ales după vîrsta de 40 de ani), ori insuficiențe cardiace etc.

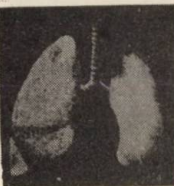
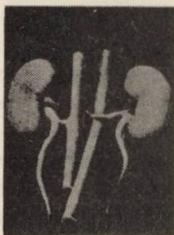
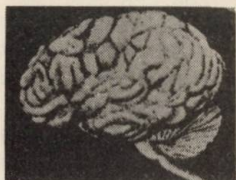
În afară de condițiile fiziologice și de bolile de inimă, palpitațiile se mai întîlnesc și într-o serie de afecțiuni extracardiac: sindroame nevrotice, hipertiroidism, anemii, tuberculoză pulmonară etc. De asemenea, ele survin frecvent ca urmare a abuzului de tutun, cafea, alcool etc.

DISFAGIA

Reprezintă dificultatea de a înghiți și este simptomul cel mai important, care atrage atenția asupra unor tulburări funcționale ale esofagului (spasme esofagiene) sau unor leziuni organice ale acestuia. Suferindul descrie simptomul ca o senzație particulară de presiune sau jenă retrosternală, ori ca o impresie că bolul alimentar se oprește undeva pe traiectul esofagului. Cîteodată disfagia se confundă cu senzația de „nod în gît” a nevroticilor și istericilor, deși în cazul ei este vorba de o dificultate la trecerea bolului alimentar, pe cînd la nevrotici este o senzație neplăcută, independentă de actul deglutiției (trecerea bolului alimentar din cavitatea bucală în stomac). Esofagul este prevăzut cu două sfîinctere (superior și inferior), care se relaxează, permițînd trecerea bolului alimentar, iar mișcările sale peristaltice favorizează progresiunea acestuia.

Disfagia este un simptom care însoțește aproape toate bolile esofagului, așa încît a prezenta cauzele sale ar însemna a înșira multe afecțiuni. Totuși, principalele boli care se însoțesc de disfagie sînt: esofagi-te acute inflamatorii, dar mai ales produse de substanțele corosive (soda caustică, acizii tari), diverticuli esofagieni, cancerul esofagian, corpi străini intraesofagieni, stenozele esofagiene cicatriciale (post-caustice), compresunile pe esofag, ulcerul peptic esofagian etc.

Prof. dr. Gheorghe DANCĂU



MEDICINA între ipoteze și posibilități

În lumea virusurilor

După oamenii de știință, ceea ce diferențiază materia vie și cea nevie este existența în materia vie a unui program genetic, care conține informația necesară reproducerii descendenților asemănători părinților. Conform acestei definiții, virusurile reprezintă cele mai primitive forme ale vieții, avînd doar un cod genetic localizat în genomul viral și cîteva componente care-l protejează față de diferiți factori fizici sau chimici.

Virusurile fac parte din grupa agenților infecțioși, care diferă de microorganisme cunoscute prin dimensiunea lor foarte redusă — sînt particule submicroscopice —, posedă un singur tip de acid nucleic, fiind parazite strict intracelulare, potențial patogene, lipsite de echipament enzimatic și incapabile de multiplicare prin diviziune. Caracterul lor de parazit absolut se manifestă prin faptul că deviază metabolismul celulei gazdă în așa fel încît să servească la sinteza virionilor.

Se descriu următoarele caracteristici ale virusurilor: parazitismul obligatoriu, posibilitatea de a exista în două stări distincte, în afara celulei ca virion (care este o entitate organizată cu structură

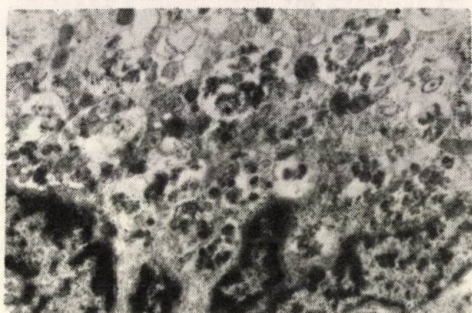
fizico-chimică determinată, infecțioasă, dar fără capacități de multiplicare) și combinat cu celula-gazdă (virus-vegetativ) avînd capacitatea de multiplicare. Totodată, virionul poate să conțină numai un singur tip de acid nucleic, acid deoxiribonucleic (ADN) sau acid ribonucleic (ARN). Așadar, virusul devine identic cu informația genetică infectivă. S-a stabilit că procesul de multiplicare a virusurilor nu seamănă cu cel cunoscut la formele celulare, infecțioase, ale materiei vii (bacterii, protozoare, levuri), dat fiind că ele se reproduc în celulele parazitare printr-un mecanism ciudat, dirijat de genomul viral (ADN sau ARN). Procesul în cursul căruia într-o celulă receptivă apar virioni infecțioși poartă denumirea de ciclu de replicare a virusului și se realizează în general în dauna celulei-gazde. După eliberarea acidului nucleic viral, ciclul blochează biosintezele celulei și dirijează totalitatea proceselor metabolice ale acesteia spre sinteza de constituenți virali. Deci materialul genetic al virionului controlează procesele genetice și metabolice ale celulei-gazdă.

În urma pătrunderii acidului nucleic viral în celulă pot să apară diferite relații virus-celulă

gazdă. Dacă virionul se replică într-un ritm propriu, interacțiunea virus-celulă se manifestă ori printr-o acțiune citocidică determinată de apariția masivă de virioni, ori apare o replicare lentă fără distrugerea celulelor.

Sînt cunoscute infecții virale în care ritmul de replicare al acidului nucleic viral este supus mecanismelor de reglare ale celulei gazde și ca urmare se replică sincron cu cel al celulei. Celula supraviețuiește numai atîta timp cît durează starea dependentă. În momentul în care acidul nucleic viral trece în stare autonomă, se replică independent, cauzînd moartea celulei.

Cunoașterea modului de replicare (multiplificare) al virionilor este foarte importantă nu numai în privința stabilirii diagnosticului unei boli virale, ci și pentru obținerea unor substanțe



Apariția unor particule virale în celula hepatică

chimioterapeutice pentru tratamentul bolilor cauzate de virusuri. Astfel, dintre substanțele care au fost folosite în profilaxie, respectiv în tratamentul infecțiilor virale, prima dată amintim Methisazonul (Marboran, nucleozid halogenil care inhibă sinteza proteinelor virale pe care Bauer în 1963 îl introduce în scop profilactic în epidemia de variolă din India. Rezultate favorabile au fost constatate folosind Marboranul și în cazuri de vaccină gangrenoasă. Dintre nucleozidele halogenizate s-au mai utilizat genurile IDU, IUDR, Dendrid, Stoxil, Synmiol, care se știe că inhibă sinteza virusurilor de tip ADN, efectul lor fiind spectacular în tratamentul keratitel herpetice și erupțiilor zoosteriene. De asemenea, Cytarabina (ARA-C, Cytosar), care inhibă sinteza unor enzime necesare ADN-ului viral, este folosită în infecțiile

cauzate de grupul herpes-virus, în timp ce Vidarabina (ARA-A, adenin-arabinozid) își găsește aplicativitatea în infecțiile cu virusuri tip ADN.

În ce privește influențarea virusurilor de tip ARN, pînă astăzi numai Amantadina (Viregyt, clorhidrat de amantadină) s-a dovedit a fi mai activă. Dintre substanțele cu rol inductor în producerea interferonului (substanță proteică care protejează celulele față de infecția virală), numai acidul policitidilic a putut fi aplicat pe cale locală, pentru prevenirea infecțiilor respiratorii.

În general trebuie reținut că folosirea chimio-substanțelor în tratamentul infecțiilor virale este limitată în primul rînd de natura toxică a unora, iar în al doilea rînd de faptul că prin mecanismele complexe de replicare a virionilor din interiorul celulei-gazdă sînt mult reduse posibilitățile de inhibare a acestor etape, fără alterarea funcțiilor vitale ale celulelor. În anii din urmă preocuparea specialiștilor s-a axat pe infecțiile din perioada gravidității și a celei imediat după naștere. Uneori, și în această perioadă, evoluția unei infecții virale poate să aibă un aspect diferit de infecția clasică. Din punct de vedere practic însă, o boală virotică a mamei poate să fie urmată de infecția fătului sau chiar de instalarea unor leziuni definitive la nivelul embrionului. Unele virusuri într-adevăr au acțiuni teratogene (virusul rujeolei), dar despre majoritatea virusurilor încă nu se știe dacă pot cauza sau nu modificări.

Virusurile în caz de boală trec de la mamă la embrion ori prin placentă, ori cu ocazia nașterii, prin căile naturale, prin contact direct. În caz de viremie a mamei, virusurile trec cu ușurință în țesuturile fătului. Faptul că țesuturile embrionare sînt mai receptive la infecția virală decît țesuturile adultului explică apariția unor anomalii de la nivelul organelor vitale (creier, inimă, ficat, rinichi etc.). În cazurile în care formarea anticorpilor în organismul mamei este accentuată, viremia fetală va fi de scurtă durată, fapt ce scade șansa apariției malformațiilor.

După unele date statistice în perioada gravidității, infecții virale apar numai în 5,2 la sută din cazuri, iar cele mai frecvente au următoarea incidență: rujeolă 8 la mie, rujeolă 0,6 la mie, parotidită epidemică 10 la mie, varicelă 5—10 la mie. Și cu toate că infecțiile virale ale mamei, în majoritatea cazurilor nu atrag după sine modificări evidente ale fătului, sînt și situații cînd pot fi urmate de avort, moartea embrionului sau mal-

formații (embriopatii, fetopatii). Malformațiile apar îndeosebi în infecțiile cu virusul rubeolei, citomegalic și cel herpetic în primele trei luni ale gravidității. Dacă infecția a avut loc după această perioadă, apare la făt infecția virală cronică, manifestându-se uneori, după naștere, sub diferite forme clinice.

Iată și câteva infecții virale care, deși mai rare, afectează totuși mama și îmbolnăvesc și fătul: virusul vaccinal (poate cauza erupții veziculare, hepatită și avort), virusurile hepatice (cauzează hepatită), virusurile gripale (produc avort și malformații), virusurile Cocksackie (produc miocardită, defecte cardiace) și virusurile polio (produc poliomielite).

Dintre virusurile care pot cauza embriopatii grave reținem virusul rubeolei, descris prima dată de medicul australian Gregg în 1941. Sindromul lui Gregg (embriopatia rubeolică) este caracterizată prin: cataractă, strabism sau pseudoretinită, malformații cardiace, surdo-mutitate, la care pot să se asocieze microcefalia, hidrocefalia și defecțiuni mintale.

Dacă infecția apare după a treia lună a gravidității, tabloul clinic va fi dominat de diferitele manifestări ale infecției rubeolice cronice (hepatită, hepato-splenomegalia etc.). Cunoscând importanța deosebită a infecției gravidelor cu virusul rubeolei, testarea anticorpilor anti-rubeolă la persoanele suspecte de infecție este obligatorie. Gravidele care au fost în contact cu bolnavi de rubeolă pot primi gamaglobulină în curs de 48 de ore, dar numai pînă în a cincea zi. Administrarea se repetă din 8 în 8 zile timp de 4 săptămîni. De aceea, pentru evitarea infecției rubeolice la gravide se practică vaccinarea adolescentelor cu virus viu atenuat. Cea mai intensă imunitate apare după administrarea vaccinului pe cale intranasală, care conferă persoanei respective o imunitate durabilă față de virusul patogen.

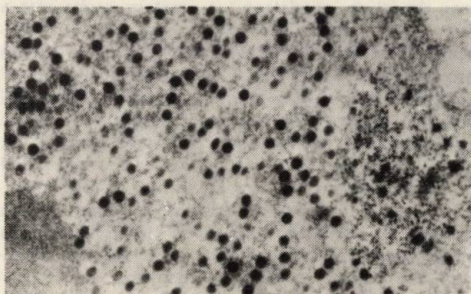
Unele observații proprii bazate pe cercetări virologice complexe afirmă rolul virusurilor hepatitelor în unele cazuri de fetopatii. Acestea deseori se manifestă prin hepatită neonatală cu evoluție gravă. Prin administrarea la gravide a substanțelor care mobilizează aparatul imunocelular s-a putut influența favorabil evoluția bolii la nou-născuți.

Problema infecțiilor virale perinatale are o importanță deosebită și accentuează folosirea corespunzătoare a mijloacelor de profilaxie specifice

(vaccinări) și celor de diagnostic, cunoscînd caracterele deosebite pe care le au virusurile.

Pe lîngă formele existente de virusuri s-au descoperit agenți patogeni la diferite plante, care sînt mai mici decît virusurile — este vorba de viroizi —, care au doar numai un acid nucleic (ARN), nu posedă capsidă și nici înveliș. Acești agenți subviralii însă se replică, posedă patogenitate și se localizează la nivelul materialului nuclear al celulei. Se pare că și virusurile satelite — care se replică numai în prezența unui virus cu genom complet — reprezintă o altă formă de existență a agenților cu dimensiuni foarte mici (virusurile satelite ale adenovirusurilor).

Recent au devenit cunoscute noi boli la om sau animale cauzate de agenți subviralii, ca: boala kuru (descoperită în Noua Guinee), boala Creutzfeld-Jacob (demenția presenilă) și boala scrapie a ovi-



Particule virale în nucleul unei celule

nelor. Spre deosebire de infecția virală clasică, în encefalopatiile cauzate de virozii sus-amintiți nu apar anticorpi specifici.

Dar aceste boli nu sînt „noi” pentru virologia românească. Aș menționa că Ștefan S. Nicolau, creatorul școlii românești de virologie, încă în 1967 a formulat conceptul de „infravirus”, arătînd totodată că pentru obținerea unei infecții virale nu este strict obligatorie infectarea celulelor cu virusul întreg. După Nicolau, în anumite boli, în care nu a fost posibilă izolarea agentului etiologic, ar putea fi vorba de infecții provocate de acizii nucleici „virali”, care s-ar fi automatizat sub formă macromoleculară.

Noile descoperiri din domeniul viroizilor confirmă pe deplin teoria formulată de școala românească de inframicrobiologie pe plan internațional.

Prof. dr. Ioan LASZLO

Hiposensibilizarea specifică

Alergologia sau studiul bolilor alergice s-a conturat în cadrul medicinei practice abia în primele decenii ale acestui secol, deși are o vechime care se pierde departe în istorie. La om, studiul reacției alergice s-a aprofundat pe măsură ce valoroși clinicieni au aplicat datele experienței medicale anterioare, precum și ale experimentului pe animal.

De la polen și mucegai la reacțiaergică

Străbătem o etapă de progres rapid, cu probabilitatea că la aceasta concură și faptul că în lumea de azi se înregistrează o creștere importantă a frecvenței morbidității prin acest gen de afecțiuni, ceea ce justifică interesul pentru întreaga problematică. Se apreciază că actualmente volumul afecțiunilor de origineergică a depășit 20 la sută din cadrul morbidității generale. Iată de ce această cifră ne obligă să reconsiderăm unele concepții și poziții cu privire la asistența medicală a populației în acest domeniu. Dar ca să vorbim despre aspectul terapeutic al bolilor alergice în etapa actuală trebuie să reamintim unele aspecte referitoare la alergie care trebuie înțeleasă ca o reacție exagerată din partea anumitor organisme, la contactul cu foarte numeroase substanțe din mediul nostru extern (profesional și neprofesional).

Manifestările clinice cauzate prin mecanismul său sînt variate și înglobate în grupa bolilor alergice care, la rîndul lor, cunosc o pondere mare în cadrul afecțiunilor imunologice. În timp ce reacțiaergică este nocivă pentru organism, reacția imunitară conferă protecție organismului. La rîndul lor, alergenii sînt substanțe care au capacitatea să pregătească și să declanșeze o reacție caracteristică. Dar nu trebuie uitat că ea presupune și o anumită predispoziție.

Alergenii sînt numeroși, dar cei mai cunoscuți sînt praful de casă, fulgii, perii de animale, polenul, mucegaiul, microbii, alimentele, medicamentele etc. Totuși, lista este prea succintă comparativ cu diversitatea lor, fiind și antigeni, adică avînd capacitatea să determine fabricarea anticorpilor specifici, pe care îi putem identifica în sînge. Reacția dintre alergen și anticorpii specifici la nivelul unor organe determină liberarea unor mediatori chimici care sînt cauza declanșării simptomelor alergice. Alteori, alergenul vizează o anumită celulă dintre globulele albe ale sîngelui, denumită limfocit T (limfocit care trece prin glanda timus).

Sub stimulul alergenului responsabil, limfocitul T corespunzător dă naștere, între altele, unui nou

limfocit care secretă mediatori chimici (imunolinfocit) și care acționează în determinismul simptomelor alergice.

HS sau hiposensibilizarea specifică

În medicină există o opțiune preferențială justificată pentru metodele terapeutice cu obiectiv etiologic. HS este un tratament etiologic. De asemenea, orientarea actuală în medicină pune o pondere mare pe aplicarea măsurilor preventive eficiente. HS previne declanșarea simptomelor alergice cu cauză cunoscută și se realizează cu ajutorul extractelor alergice (de exemplu, extracte de praf de casă, de polenuri, de mucegaiuri etc.), dar totdeauna cu un anumit alergen, și anume, cel responsabil de simptomatologiaergică. De aici și precizarea de specific, deoarece în terapeutică dispunem și de metode nespecifice de hiposensibilizare.

Administrarea extractelor alergice se poate realiza pe căi variate, prin injecții subcutanate sau intradermice, prin tehnica scarificațiilor pe piele, per os, etc. Esențialul constă ca administrarea dozelor de extract alergen să fie progresivă și la intervale regulate, în funcție de tehnica aplicată. Cînd se reușește să se ajungă la o doză maximală bine suportată, atunci se începe perioada zisă de întreținere a hiposensibilizării specifice. Durata acestuia este obișnuit îndelungată și decisă numai de medic, în această etapă fiind necesară o injecție la interval de o lună.

Oprirea prematură a hiposensibilizării specifice poate readuce simptomatologiaergică. Supravegherea medicală urmărește aplicarea corectă a tehnicii pentru realizarea beneficiului scontat, fără ca bolnavul să acuze reacții nocive consecutive injecțiilor.

Progresele ultimilor ani au adus serioase facilități în tehnica hiposensibilizării specifice prin ameliorarea calității extractelor alergice (prin purificarea lor, produse mai stabile, standardizarea prin metode biologice) și rărirarea ritmului de administrare (introducerea preparatelor retard).

Se preferă termenul de hiposensibilizare celui de desensibilizare (folosit anterior), deoarece, de regulă, realizăm prin tratament o reducere uneori importantă a stării de sensibilizare (alergie), dar dispariția acesteia trebuie apreciată cu multă prudență! Cele două denumiri delimitează și două concepții diferite referitor la eficiența și durata tratamentului. Personal am militat să familiarizez în literatura medicală termenul de hiposensibilizare, conținutul lui fiind corespunzător rezultate.

lor cercetărilor imunologice întreprinse în străinătate și la noi. Termenul de imunoterapie are în spate o poziție neutră, el acceptând însă cel puțin intervenția unui mecanism imunologic de acțiune al acestui tratament, pentru care specialiștii au reînceput recent să-și concentreze preocupările.

Pe urmele istoriei

Unele consemnări medicale abia din perioada 1835—1875 menționează polenul drept cauză pentru „febra finului” (alergia la polen sau guturalul sezonier), care a constituit prima observație utilă necesară folosirii ulterioare a imunoterapiei. O a doua observație facilitată în același scop a reprezentat-o succesul imunizărilor în turbare, tetanos și difterie.

La începutul secolului al XX-lea se încearcă aplicarea principiilor imunologice în tratamentul polinozei (febra finului). Inițial în 1903 se încearcă injectarea, fără succes, la bolnavii cu polinoză, a serului de la cai și găște imunizați la polen de graminee (adică antiser). Abia în 1911 Noon și Freeman în Anglia aplică imunoterapia în polinoze cu ajutorul injecțiilor cu vaccinuri de polen și relatează rezultate satisfăcătoare. Așa s-a inițiat pentru prima dată hiposensibilizarea specifică, dar aceasta a fost doar începutul. În 1915, Cooke introduce terminologia și experimentul în S.U.A., iar 30 de ani mai târziu, când existau deja 56 de clinici de specialitate, alergologia și imunologia au cunoscut un progres vertiginos în lume.

Mecanismul de acțiune descifrat în bună parte

Trebuie să spunem că, deși există preocupări susținute în această direcție, totuși încă nu s-a descifrat complet mecanismul de acțiune. Dar de un deceniu deșin metode de studiu in vitro, care ne permit să aprofundăm efectele acestei imunoterapii, iar de circa 5 ani ne-am angajat și noi în acest studiu folosind cea mai modernă tehnică radioimunologică. Deși ne aflăm în etapa formulării unei ipoteze pe care o urmărim an de an, problema necesită concentrarea mai multor echipe de lucru din diverse centre medicale. Reține însă atenția faptul că din datele actuale mecanismul de acțiune pare complex, dar principalele obiective în studiu sînt dinamica anticorpilor alergici din sânge precum și reagine, precum și dinamica așa-ziselor anticorpi blocați (găsiți în titru mare la cei tratați). De aceea se urmărește cunoașterea modificărilor acestor anticorpi pe întregul parcurs al tratamentului, precum și stabilirea circumstanțelor imunologice care ameliorează simptomele alergice, rol atribuit anticorpilor blocați. Am observat în alergia perenă, sub acțiunea hiposensibilizării specifice prelungite, pe mai mulți ani, un ritm ondulatoriu al modificărilor serice ale reaginilor. Dar este necesară conjugarea cercetărilor

care vizează modificările concomitente ale ambelor categorii de anticorpi pentru a se cunoaște probabil ceva mai mult !

Probe de eficacitate

Referitor la eficiența și la valoarea intrinsecă a hiposensibilizării specifice au existat controverse pînă ce s-au efectuat controale sistematice cu metoda dublu orb. Problema ne-a preocupat în mod special și pe noi, pînă cînd o experiență mai îndelungată ne-a permis unele concluzii. Astăzi sîntem convingi că hiposensibilizarea specifică este mult mai mult decît psihoterapie. Desigur, rolul sugestiei ca și în alte tratamente nu-l putem infirma, dar ea și-a dovedit și o eficiență intrinsecă. Astfel, cel mai mare beneficiar sînt alergiile respiratorii. Să exemplificăm. În polinoze, pe aproximativ 400 de cazuri pe o durată de 10 ani, am reținut următoarele rezultate: excelente (adică dispariția simptomelor) în 26 la sută, ameliorări mari în 38 la sută, moderate în 30 la sută și eșecuri doar în 6 la sută. De asemenea, pe un total de peste 500 de cazuri cu astm alergic peren rezultatele noastre au fost: excelente în 10 la sută, foarte bune în 37 la sută, moderate în 46 la sută și eșecuri în 7 la sută. În genere, aceste rezultate se încadrează între limitele semnalate și de alți autori; obținerea de succese importante (adică asimptomatici și foarte mari ameliorări) între 47 și 64 la sută din cazuri înseamnă mult pentru valoarea unui tratament, mai ales dacă și efectele secundare sînt aproape absente. Într-un procent redus există însă și riscul unor accidente anafilactice majore, care și ele pot fi reduse mult în condițiile unei tehnici și supravegheri concrete a bolnavului.

Cînd este necesar tratamentul etiologic?

Hiposensibilizarea specifică este prin esența sa un tratament preventiv îndreptat contra cauzei simptomelor alergice, pregătind organismul să tolereze alergenul nociv atunci cînd acesta îl va agresa. Unde pot acționa alergenii asupra persoanelor cu predispoziție pentru reacții alergice? În mediul profesional și cel neprofesional. În cadrul acestuia din urmă numeroase agresări alergice sînt de interiorul locuințelor, iar o parte de alergenii atmosferici.

Alergenii profesionali depind de varietatea și numărul mare al profesiunilor existente. Cei domestici, cei mai frecvenți, sînt praful de cameră, fulgii, perii de animale, iar cei atmosferici, cei mai cunoscuți, sînt polenurile și mucegaiurile. La acestea mai adăugăm alimentele, medicamentele și endoalergenii. Dintre ultimele reținem alergenul microbian, parazitat și fungic din focarele infestate ale organismului invadat.

Oferim astfel o imagine mai completă asupra diversității alergenilor responsabili de multitudi-

nea simptomelor cauzate. În același timp lășăm să se întrevadă că munca și competența medicului curant pentru identificarea simptomelor alergice, și în special a alergenilor cauzali, nu constituie o operație prea simplă, și atunci când efortul medical a dat roade terapia axată pe cauze trebuie aplicată cu multă fermitate. În această conjunctură trebuie să includem și necesitatea hiposensibilizării specifice.

Descoperirea alergenului responsabil de simptome din partea organismului bolnav impune două categorii de măsuri: prima și cea mai importantă fiind evitarea completă a alergenului cauzal (situație realizabilă în alergია profesională și unii alergeni domestici ca: fulgi, peri de animale etc.). Această conduită are o eficacitate indiscutabilă. Cea de-a doua măsură se referă la situațiile în care bolnavul alergic nu se poate sustrage efectelor alergenilor atmosferici (polenuri, mucegaouri) sau le poate doar reduce parțial concentrația (praf de casă etc.). Aceste circumstanțe pot beneficia de ajutorul hiposensibilizării specifice. Practica medicală dublată de cercetări moderne efectuate și de noi în această direcție ne permite să afirmăm cu toată convingerea că eficiența crește atunci când este susținută și de aplicarea măsurilor preventive. Deoarece în aceste circumstanțe evitarea completă a alergenilor responsabili nu este posibilă (adică o profilaxie totală), trebuie să acționăm cel puțin pentru reducerea acestui contact (adică pentru o profilaxie parțială), care, de asemenea, și-a dovedit valoarea.

Dar să aducem și unele exemplificări. Se cunoaște că alergია la polenuri, manifestată prin guturai alergic sau/și astmul polenic, beneficiază de hiposensibilizare specifică atunci când se aplică în intervalul premergător (ianuarie-mai) evoluției bolii. Și efectele sînt mult mai mari și aproape constante cînd suferindul vizitează litoralul mării sau zone cu altitudine mare. Din contră, contactul cu zone de vegetație, cu cîmpul înflorit etc., chiar din goana trenului sau a autoturismului, îi sînt nocive. Dar și alergია la mucegaourile atmosferice se încadrează între parametrii similari și la fel și alergiile la praful de casă (cu manifestări respiratorii cutanate etc.).

Chiar în alergია profesională putem interveni uneori cu eficiență dacă ne sprijinim pe această concepție. Astfel, alergია la făină (cu manifestări de rinită sau astm) se întâlnește uneori la muncitorii din panificație, patiserie și cofetării. Trebuie să amintesc că unii dintre aceștia au putut să-și continue activitatea profesională și să evite recalificarea în alte meserii, atunci cînd au urmat cu perseverență atît hiposensibilizarea specifică cît și unele măsuri practice de profilaxie parțială față de făină. În alergია la alimente sau medicamente apelăm excepțional la ajutorul acesteia. În astfel de cazuri evităm sistematic alimentul sau medicamentul alergic. Dacă bolnavul are nevoie de un tratament medicamentos, atunci se va indica un alt medicament cu aceeași acțiune, dar diferit ca structură chimică.

Cînd nu se recomandă?

Hiposensibilizarea specifică nu se poate administra în orice condiții, deoarece unele dintre acestea îi pot limita eficiența sau împreună și izolat pot acționa nociv asupra bolnavului. Tehnica trebuie riguros respectată și controlată periodic de medic. Acesta va decide dacă calitatea extractului alergic este corespunzătoare, dacă ritmul și succesul dozelor este corect, dacă persoana în cauză tolerează tratamentul etc. Unde nu-s asigurate aceste condiții, tratamentul inițial se va înlocui cu alte tipuri. Dacă bolnavul are reacții severe, atunci vom modifica regimul dozelor sau la nevoie chiar vom opri administrarea.

Asocierea altor boli mai severe sau agravarea evoluției bolii alergice de bază reprezintă o contraindicație absolută sau de etapă. Ceea ce însă nu putem omite este faptul că nu ne decidem pentru hiposensibilizarea specifică atîta timp cît alergicul nu poate aplica măsurile preventive necesare pe care medicul i le recomandă. De ce facem această rezervă? Pentru că aplicarea în astfel de condiții ar însemna ca alături de stocul de alergeni cu care este agresionat bolnavul să mai asociem același alergen prin administrare injectabilă, ceea ce ar realiza uneori o agresiune alergică masivă sub aspect cantitativ.

De mai bine de două decenii hiposensibilizarea specifică se practică sistematic la noi în țară. În afara medicilor din centrele universitare s-au specializat în alergologie în ultimii ani medici interniști, pediatri și dermatologi din Arad, Bacău, Brăila, Constanța, Oradea, Rîmnicu Vilcea, Reșița, Tîrgoviște, iar sute de medici au frecventat cursurile de perfecționare.

Trăim în realitatea epocii noastre și întreprindem totul ca să ne ocrotim sănătatea.

Prof. dr. **Ervant SEROPIAN**

A. POCH



— Sînt sătul ! Vreau mîncare !

Trombocitele

Angajată în combaterea infecțiilor microbiene, lumea medicală și-a îndreptat atenția în ultimul timp îndeosebi asupra leucocitului polinuclear. Capacitatea lui fagocitară de luptă, deși cunoscută din veacul trecut, a ieșit din obscuritate și și-a ocupat numai de scurt timp poziția de prim-plan pe care o merită. Importantul rol al limfocitelor de a ne apăra de virusuri și tumori a fost descoperit de curând, iar trombocitele (plăcuțele sanguine) sînt incriminate în declanșarea la aterosclerotici a unor grave accidente vasculare, de la infarctul miocardic la apoplexia cerebrală. Pe baza colorațiilor clasice, structura plăcuțelor sanguine a fost considerată rudimentară, dar datorită microscopiei electronice știm acum că aceste elemente sanguine, deși lipsite de nucleu, au o structură complexă și adăpostesc un întreg echipament enzimatic, sintetizînd și eliberînd substanțe foarte active. În mod normal ele circulă liber în interiorul vaselor fără a se alipi de endoteliul vascular și fără a se alătura unele altora. În caz de lezare vasculară, trombocitele opresc sîngerarea, formînd un cheag local, în virtutea celor două proprietăți pe care le dețin: **adezivitatea** și **agregabilitatea**, adică reunirea lor la un loc. Din nefericire, trombocitele aderă și la nivelul plăcilor de ateroscleroză, alcătuiind mici „culburi” și prin trombi realizează îngustînd orificiul vaselor suferind de ateroscleroză. Cînd cheagul astupă în întregime artera, fluxul circulator sisteează, producînd infarctul sau tromboza. Geneză unor asemenea complicații este așadar determinată de cele două funcții trombocitare, a căror intensificare constituie unul dintre riscurile de a face infarctul. Analizele funcțiilor trombocitare deosebesc două categorii de indivizi: circa 70 la sută care se comportă normal și aproximativ 30 la sută care au trombocite hiperagregante, deci manifestă tendința de a face mici agregate plachetare în chiar interiorul circulației. Trombocitele acestor indivizi au o viață mai scurtă, se regenerează mai repede, acționează mai puternic (în vorbirea populară se apreciază că au sîngele îngroșat, recomandîndu-li-se donări periodice de sînge).

Cele mai periclitate teritorii arteriale sînt cele de calibru mic și foarte solicitate (vasele coronare care irigă mușchiul cardiac și sistemul vertebro-bazilar, vasele care asigură sîngele unor importante formații din creier, inclusiv centrul de echilibru al corpului). Trombozele care survin în aceste regiuni sînt deseori „fulgere din senin”, fiind anunțate cu mult înainte de trecătoare crize ischemice. De exemplu, infarctul miocardic este prevestit de dureri toracice, anginoase sau de un preinfarct; congestia cerebrală de crize tranzitorii. În insuficiențele vertebro-bazilare primul simptom este starea de amețeală cu dezechilibru, care necesită sprijin sau produce chiar căderea bolnavului, deși acesta se ridică destul de repede, complet revenit. Alte simptome însoțitoare

sînt tulburările de vedere (încețoșarea imaginilor sau dublarea lor, punctele luminoase mobile), starea de slăbiciune a unei mîini sau a unui picior, pierderea pentru cîteva clipe a memoriei sau dificultatea în vorbire. Dar caracteristic este faptul că toate aceste tulburări apar și dispar la fel de brusc, fără a lăsa vreo urmă. Atribuite altădată unui spasm arterial, tulburările sînt în realitate rezultatul formării și dispersării unor microagregate plachetare. Microformațiuni asemănătoare au mai fost depistate circulînd în sînge în timpul stărilor de stress nervos, sub influența descărcărilor hormonale din glanda suprarenală. Așa ne explicăm posibilitatea tulburărilor cardiace și cerebrale în cursul unor enervări mai mari sau stări conflictuale.

În evoluția infarctului miocardic, tulburările de ritm reprezintă o complicație de temut, care poate duce la oprirea cordului. Și aici au fost învinuite trombocitele. Plăcuțele sanguine intervin în cursul procesului de respingere a organelor transplantate, iar în cazul tumorilor maligne numărul lor e mai mare decît normalul.

Rolul patogen al plăcuțelor sanguine a fost precizat și în constituirea leziunilor ateromatoase. Se știe că o modificare esențială a vasului aterosclerotic constă din îngroșarea lui prin înmulțirea exagerată a fibrelor musculare netede din stratul mijlociu al arterelor. Iată un experiment convingător de culpabilitate a plăcuțelor sanguine: fibrele musculare netede care evoluează normal într-un mediu de cultură încep să se înmulțească exagerat și dezordonat îndată ce mediului i se adaugă un concentrat trombocitar. Stabilirea participării trombocitelor în mecanismul atîtor complicații vasculare a dus la apariția medicamentelor „antiagregante” menite să le tempereze hiperfuncția și să le împiedice tendința exagerată a formării de cheaguri.

Aspirina devine primul agent antiagregant capabil, într-o doză moderată, să le împiedice alăturarea, iar administrarea ei prelungită diminuează riscul de infarct miocardic și evită repetarea crizelor ischemice cerebrale. Întrucît este uneori rău tolerată de stomac, provocînd dureri ulcerose și hemoragii, poate fi înlocuit cu Persantin, care prezintă însușiri asemănătoare fără să producă aceste neplăceri.

Proprietăți antiagregante s-au mai descoperit și la clorochină (cu care se tratează malaria), teofilină (cu acțiune bronhodilatatoare), papaverină (cu acțiune antispastică), clofibrat (care scade grăsimile din sînge) și Anturan, medicament utilizat pînă acum împotriva gutei. Administrări comparative pe loturi largi de coronarieni, confirmă că Anturanul poate preîntîmpina un al doilea infarct, poate evita tulburările de ritm și scădea mortalitatea prin bolile cordului.

Dr. Gheorghe STOICESCU

Clinica durerii

Al V-lea Simpozion național de anestezie și terapie intensivă, manifestare științifică de prestigiu, desfășurată anul acesta la Sibiu, a produs un deosebit interes peste hotare, confirmat de prezența celor 100 de specialiști din Belgia, Elveția, Franța și Italia. Oaspeții împreună cu cei 200 de anesteziști și reanimatori români au dezbătut cele mai moderne tehnici și metode care pot fi aplicate bolnavilor cardiaci și hipertensivi în timpul unei intervenții chirurgicale.

Una dintre problemele urmărite cu deosebit interes a fost cea referitoare la „Clinica durerii”, instituție menită să contribuie la atenuarea și combaterea durerii în situații deosebite, la alinarea suferințelor.

Am solicitat doctorului docent ZOREL FILIPESCU, președintele Societății române de anestezie și reanimare, opiniile sale în legătură cu această problemă.

Unul dintre principiile de bază ale activității medicale în contextul actual îl constituie acceptarea și folosirea în scopul ocrotirii bolnavului a tot ce este valoros din punct de vedere tehnic, modalități care e bine să devină frecvente în îngrijirea bolnavului.

Durerea din punct de vedere terapeutic are o valoare deosebit de mare, consecință firească a faptului că aproape nu există boală fără durere și a realității că în evoluția unor boli durerea devine simptomul predominant și singura suferință pe care bolnavul cere să-i fie îndepărtată (cazul durerilor intense în lombosciatică și colici biliare sau durerile considerate „netratabile” din boala canceroasă). Cea mai importantă urmare a acestei stări de fapt — apariția clinicilor durerii —, inițiativă ce reprezintă materializarea pe plan organizatoric-funcțional a activității de îngrijire a bolnavului cu dureri de către specialiști, într-un anumit loc — constituie și corolarul acumulării a numeroase date clinice și experimentale privind diversele aspecte ale durerii și implicat a calității sociale a îngrijirii bolnavului.

Semnificația durerii și analgeziei în viața omului este greu de apreciat. la prima vedere și numai cu mijloace medicale, întrucât durerea are o

serie de consecințe pentru bolnav (între care scăderea activității fizice și psihice, îngreunarea vindecării bolii inițiale), dar și pentru societate, contribuind la diminuarea randamentului ei economico-social. De aceea, durerea a devenit un subiect de studiu din partea a numeroși cercetători, chiar și din afara medicinei. Astfel, semnificația analgeziei depășește cu mult sfera medicinei, punându-și amprenta și în viața socială.

Apariția conceptului că fiecare individ răspunde direct sau indirect de starea de bine a semenului și implicit de cunoașterea tuturor suferințelor care îl afectează, ca și de recunoașterea caracterului de suferință al durerii au constituit premisele obiective ale necesității folosirii analgeziei în ocrotirea vieții bolnavului.

Durerea trebuie înțeleasă ca o experiență de viață integrală, constituită dintr-o serie de fenomene fiziologice și psihice strâns integrate în contextul social al fiecărui om. În acest mod apare ca un fenomen multidimensional în timp și spațiu constituit din percepția durerii și senzațiile asociate (consecință a stimulului nociceptiv, care induce anumite modele nervoase senzoriale), reacțiile emoționale și stările afective (rezultate ale stării psihomentele din momentul stimulării nociceptive și ale semnificației situației) și trecutul patologic. Deși multe aspecte ale mecanismului intim prin care stimulul nociceptiv provoacă durere sînt bine cunoscute, rămîne totuși un cîmp de confruntare a mai multor păreri și concepții medicale, în realitate încercări de a explica cît mai amănunțit diversele aspecte ale durerii și de a găsi noi, eficiente și mai puțin nocive mijloace de combatere pentru bolnav a durerii.

Teoria specialității consideră durerea ca o modalitate specifică de simț (asemenea vederii sau auzului), posedînd aparatul ei periferic și central. Substratul anatomic al durerii este reprezentat de receptorii durerii, răspîndiți ca un mozaic în întregul corp, centrul durerii (situat în talamus) și o serie de căi ale durerii fiind constituite din nervi periferici și traiecte nervoase în sistemul nervos central, care fac legătura între periferia supusă stimulului dureros și centrul care evocă senzația de durere. Teoria modelului consideră du-

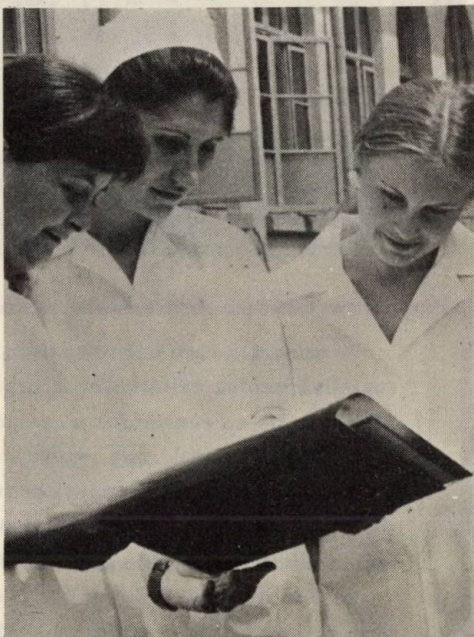
reerea ca produsul unei stimulări intense a receptorilor nespecifici și a unei sumări centrale, neadmițând existența unor căi separate de transmisie a durerii. Teoria modularii sub formă periferică sau centrală (în măduva spinării sau în trunchiul cerebral) constituie în prezent baza de lucru a majorității celor ce se ocupă de durere și analgezie. După opinia acestora, durerea nu s-ar datora activității nervoase ce apare exclusiv la nivelul căilor durerii, ci mai degrabă este rezultatul activității mai multor sectoare nervoase, fiecare cu funcția sa, dar strâns interconectate. Teoria se pare că explică cel mai bine, pînă în prezent, multiplicarea reacțiilor ce însoțesc durerea, caracterul lor dinamic, aspectele emotive și emoționale, modelele secvențiale de activitate. Astfel, în apariția durerii sînt implicate o serie de structuri nervoase (talamusul, sistemul limbic, formația reticulată a trunchiului cerebral, cortexul cerebral) și, deci, nu există un centru al durerii. Consecința firească a evoluției în timp a înțelegerii noțiunii de durere și a multitudinii factorilor implicați în mecanismul intim al acesteia, mijloacele de analgezie aplicate bolnavului cu dureri sînt diferite, în funcție de tipul său și particularitățile mecanismului durerii, stadiul evolutiv al afecțiunii dureroase, pentru aplicarea lor rațional-științifică necesitînd un cadru optim adecvat, care este o „clinică a durerii”. Îngrijirea bolnavilor cu dureri într-o astfel de clinică reprezintă un progres științific ce are drept consecințe: creșterea eficienței activității medicale de îngrijire a bolnavilor respectivi, ridicarea calificării și lărgirea orizontului de cunoștințe al medicilor, elaborarea unor noi tehnici de îngrijire ce pot fi însușite și de medici de alte specialități, ameliorarea calității vieții și a stării de sănătate a populației.

Filiera îngrijirii unui bolnav într-o clinică a durerii este următoarea: punerea diagnosticului și localizarea exactă a durerii în contextul general al bolii de bază (prin anamneză, examen fizic și interpretare corectă a diverselor date de investigație), stabilirea mecanismului durerii cu particularitățile sale, la fiecare bolnav (se ajunge astfel la o cunoaștere reală a durerii în toată complexitatea ei, ca fenomen fiziologic, psihic și social și constituie una dintre condițiile de bază ale succesului îngrijirii unui bolnav cu dureri), alegerea și executarea procedurii tehnice de analgezie în raport de cauza, locul, tipul, mecanismul, intensitatea și durata durerii, natura bolii care o provoacă, vîrsta pacientului, starea lui fizică și men-

tală, obligațiile față de familie și societate, neajunsurile fiecărei metode de tratament analgezic și metodele accesibile.

O clinică a durerii este formată dintr-un grup de specialiști (anestezist, neurochirurg, psihiatru, radioterapeut, chirurg, ortoped, internist) la care se adaugă un psiholog. Aceștia se întîlnesc săptămînal pentru a face schimb de informații asupra bolnavilor. Fiecare bolnav este dat în grija unui specialist din grup, care efectuează anamneza, examenul fizic, consultațiile și tratamentul. Participarea specialistului în anestezie și terapie intensivă la îngrijirea unui bolnav cu dureri nu constituie decît urmarea firească a pregătirii sale profesionale, acesta fiind unul, uneori cel mai bine pregătit teoretic și practic în problemele durerii și analgeziei, care cunoaște și folosește zilnic în activitatea sa cele mai indicate medicamente în realizarea analgeziei. O bună parte din activitate anestezistul efectuează diverse forme de analgezie sau anestezie de conducere (bloc peridural, anestezia subarahnoidiană, blocul plexului brahial etc.), una dintre cele mai reputeate metode de alinare a diverse forme de durere.

Funcționarea unei clinici a durerii constituie un deziderat major al activității medicale, activitatea acestei formațiuni medicale, organizatoric-funcționale contribuind substanțial la perfecționarea umanizării actului medical.



Sora medicală un aliat al bolnavului în lupta cu durerea

ceea ce depinde de noi



Imaginea care însoțește titlul rubricii nu se vrea estimativă, ci doar sugestivă pentru evitarea unor aspecte care pot afecta starea noastră de sănătate. De ce continuăm să fumăm când știm că nu ne face bine? De ce abuzăm de alcool, care pentru mulți dintre noi nu este indicat? De ce nu facem sport? De ce mincăm mai mult decât ne este necesar? De ce nu respectăm orele de odihnă și de somn? De ce nu ne primenim plăminii plimbându-ne, alergând cum făceam în copilărie?

Cîte nu depind de noi pentru ca propriul organism să-și primească ceea ce i se cuvine, pentru ca la rîndul lui să răspundă corect solicitărilor și dorințelor noastre?

STRESS ȘI RELAXARE

Viața omului preistoric, însemnând adeseori luptă (cu frigul, căldura, animalele, stihiiile naturii, cu teama de o lume a fantasmelor, pentru o hrană modestă și redusă), era mult mai scurtă decât a omului de azi. Creșterea gradului de confort și reversul lui negativ suprasolicită psihic omul și-l obligă la o viață sedentară, iar schimbările rapide în condițiile de viață cer eforturi de adaptare rapidă pentru organism. Intervin solicitări intelectuale impuse de necesitatea de instruire și informare la zi asupra noilor concepții și tehnologii care evoluează într-un ritm alert. Toate aceste noi cerințe din partea organismului pot genera **starea de stress**, atunci când îl surprind nepregătit sau când posibilitățile sale de adaptare sînt depășite. Termenul este astăzi foarte larg răspîndit. Deși inițial a avut un sens bine delimitat biologic, accepția sa a fost extinsă ulterior la reversul negativ al civilizației moderne. Stress înseamnă tensiune, suprasolicitare, dar și întregul complex de reacții ce apar în organism ca urmare a unei agresiuni exercitate asupra sa. Pe scurt, în fața unei agresiuni, indiferent de natura psihică sau fizică, în organism se declanșează o serie de reacții menite să-l pună în stare de apărare. Într-o primă fază de alarmare, „rezistență” sau „adaptare” se dezvoltă o serie de reacții al căror scop îl constituie eliberarea de energie suplimentară, care va fi distribuită preferențial organelor vitale. Prin intermediul hipotalamusului, supranumit „creierul vegetativ”, glandele endocrine, și îndeosebi suprarenalele, sînt intens solificate în acest proces. Se va produce ca urmare o secreție crescută de cortizon și catecolamine, care au ca primă acțiune creșterea forței de contracție a inimii, amplificarea respirației, mărirea volumului de sînge trimis organelor vitale, dar și consecințe nedorite la omul de azi. Datorită sedentarismului, grăsimile mobilizate din depozite rămîn neconsumate în sînge și prin depunerea în pereții arterelor contribuie la

uzura lor prematură (generarea procesului de ateroscleroză), iar prin agregarea plachetelor sanguine în vase la formarea de cheaguri de sînge — mecanism prin care apare infarctul miocardic și tromboza cerebrală. Dar și H.T.A. esențială, ulcerul digestiv, colita ulceroasă, unele boli degenerative, uzura prematură a organismului, creșterea explozivă a bolilor neuropsihice sînt rezultatul aceluiași reacții ce au loc sub influența stressului.

Selye, creatorul concepției despre stress, afirmă că bolile omului nu se datoresc atît stressului cît erorilor comise în procesul de adaptare. Deci stressul nu trebuie privit ca o fatalitate a civilizației, ci ca un mod de reacție a organismului, care ține de însăși condiția noastră biologică. În mod real și concret nu se poate vorbi decît de o înlăturare a stressului și nici nu ar fi de dorit altceva, întrucît, cum se spune, în orice rău există un bine. Un om care ar fi crescut departe de realitățile vieții ar pieri imediat ce s-ar apropia de ele, pentru că nu ar dispune de nici un mijloc psihologic și fizic de apărare. Admițînd că stressul face astăzi parte din viața și civilizația noastră, adaptarea la condițiile existenței presupune o elaborare controlată a unor deprinderi. Impunerea unor aspirații utile și concordante cu viața și posibilitățile noastre de adaptare și de răspuns, precum și prevenirea desfășurării evenimentelor printr-o continuă informare ne permit un



M. NEGREA

răspuns adecvat, adaptat realității. O activitate de continuă pregătire va conduce la evitarea salturilor cu solicitări maxime și deci cu stress. Efortul de a fi competent procură satisfacții și evită stressul, antrenat în ultimă instanță de incompetență. Anticiparea unor situații inevitabile permite elaborarea unor măsuri lucide, eficiente și fără tensiune psihică. Aceasta înseamnă realizarea unui „stress controlat“, prin antrenament psihic și fizic, avînd ca finalitate adaptarea.

O soluție preconizată astăzi tot mai insistenț de către oamenii de știință de a combate efectele stressului este **relaxarea**, prin care se poate obține un control al activității psihice și somatice cu efecte de amplificarea energetică exprimată prin performanțe de ordin psihic, intelectual și fizic, cu totul deosebite de cele cunoscute și descrise de fiziologia de pînă acum. Reîncărcarea energetică este absolut necesară unui organism suprasolicitat. Pe plan psihic se induce o stare de liniște și de destindere în locul tensiunii și al anxietății generate de stress.

Dintre modalitățile de relaxare recomand una foarte comodă și accesibilă pe care am experimentat-o: așezați orizontal, cu fața în sus, pe un plan dur sau într-un fotoliu, cu ochii închiși ne comutăm psihic pe ideea de relaxare, încercînd să ne sustragem oricărui alt gînd. În locul ideii de relaxare ne putem concentra pe ideea de vid, de gol mintal, încercînd să stopăm voluntar orice alt gînd ce ne apare. La început „lupta cu gîndurile“ pare să aibă puține șanse de reușită, dar cu timpul constatăm că sîntem tot mai puțin presați de „idei parazite“, oferind un repaus scurt, dar tonifiant pentru creier. Ne retragem psihic în interiorul nostru, ca un melc în cochilie. Imediat vom constata starea de tensiune din creier, eventual durerea de cap sau alt dezagrement. Încercăm mental să eliminăm treptat acest „ceva“, care se opune relaxării și după cîteva minute observăm apariția spontană a unei respirații ample cu ritm mai lent decît anterior. Cu fiecare expirație simțim cum musculatura se destinde, corpul începe să apese tot mai greu pe planul pe care sîntem așezați. În palme și în tălpile picioarelor, prin concentrare asupra lor, simțim pulsațiile vaselor sanguine, iar corpul este străbătut de o senzație de căldură plăcută, odihnitoare. În cîteva minute sîntem complet relaxați, recomfortați ca după un somn bun.

Studiile electroencefalografice au arătat realmente că, în mod paradoxal, în timpul

acestor exerciții de concentrare mentală apar unde cerebrale de tip alfa care corespund stării de repaus psihosenzorial. În consecință, deși facem un efort mental, datorită tehnicii se ajunge la o stare de repaus psihic, adică se obține ceea ce și dorim.

Este preferabil ca exercițiile să fie practicate cîte 15—20 de minute dimineața înainte de a pleca la muncă și după-amiaza, la înapoierea de la muncă. Întrucît impunerea unui program rigid determină pe majoritatea subiecților să renunțe la ideea relaxării, opinez că este bine a se efectua aceste exerciții la jumătatea zilei sau de fiecare dată cînd ne simțim obosiți, epuizați fizic și psihic. Cîteva seдинe de antrenament sînt suficiente pentru a se stăpîni bine tehnica și înlătura oboseala psihică și fizică, durerile de cap, efectul enervărilor de peste zi și chiar dezagrementele create de abuzul de alcool și cafea. Dar un element foarte important îl constituie creșterea randamentului intelectual și fizic, amplificarea capacităților creatoare.

Fără o igienă psihică bine condusă trăim într-o continuă acumulare de oboseală, de frămîntări inerente vieții. Adeseori considerăm că tutunul, cafeaua și alcoolul sînt singurele „remedii“, dar în realitate nu fac decît să ne bicioșască organismul, să forțeze ceea ce este de-acum forțat. Fumînd o țigară, bînd o cafea sau un pahar de coniac avem iluzia că am depășit încă un moment dificil din viață, dar în realitate acumulăm în mod critic stressul, iar cînd organismul nu mai dispune de rezerve apare boala.

Soluția relaxării, ca remediu împotriva stressului tot mai acerb la care este supus omul modern, preocupă în prezent oamenii de știință din întreaga lume.

Apreciem că acest gen de antrenament, cu mult mai multe implicații pe planul performanțelor psihice și somatice decît cele discutate aici, va reprezenta una dintre soluțiile cele mai eficiente pentru omul viitorului, efectele relaxării constituind în esență o amplificare a posibilităților noastre biologice în acord cu dezvoltarea tehnologică a societății. Sîntem, așadar, în posesia unor date științifice și a unor mijloace care prefigurează nu numai tehnologia viitorului, ci și posibilitățile omului de a trăi în acord cu ea și cu sine, de a se bucura cît mai plenar de binefacerile acestei tehnologii.

Doctor în științe medicale
Dumitru CONSTANTIN

Pînă de curînd atenția cercetătorilor și a opiniei publice a fost îndreptată asupra poluării cu factori potențial nocivi din mediul ambiant (gaze, vapori, pulberi), ca rezultat al industrializării și urbanizării, al folosirii intensive a substanțelor chimice în agricultură și gospodărie. Nu de mult timp s-a admis existența unui al doilea tip de poluare, denumită „poluare internă”, produsă prin consumul excesiv de medicamente și alimente care conțin aditivi și contaminanți și la care, în timp, se observă fenomene negative, uneori mai extinse și mai grave decît cele determinate de noșuanții „clasici” ai mediului ambiant.

Consecințele consumului concomitent de mai multe medicamente, ca și ale interacțiunii acestora cu alcoolul sau cu diferiți poluanți (pesticide, substanțe cancerigene etc.) au o deosebită importanță pe plan terapeutic și toxicologic. Explozia consumului de medicamente pe plan mondial este mai mare și mai rapidă decît cea demografică, numărul locuitorilor dublîndu-se acum la 25 de ani. În țările dezvoltate această explozie nu este dependentă de sporirea morbidității, ci asociată cu tensiunea, anxietatea, sentimentul de frustrare, inerente vieții moderne, și care favorizează un mare consum de vitamine, sedative, hipnotice (uneori chiar psihotrope), adesea administrate simultan. Or, s-a demonstrat că multe medicamente, ca și alte substanțe exogene, pot fi inductori enzimatici.

Inducția enzimatică se înscrie printre descoperirile recente și întîmplătoare. În 1952, Richardson s-a preocupat să mărească incidența cancere-

lor la șobolan, prin administrarea concomitentă a doi cancerigeni (un colorant aminoazolic și o hidrocarbură policiclică). Spre surpriza lui, rezultatul a fost contrar celui scontat. Explicația reducerii efectului nociv constă în stimularea de către hidrocarbura policiclică, a sintezei enzimei care metabolizează, detoxificînd colorantul aminoazolic. Opt ani mai tîrziu, Remmer și Conney au arătat, independent unul de altul, că unele medi-

incă 3 săptămîni după încetarea aplicării pesticidului. De la aceste prime constatări cîteva sute de substanțe, cu cele mai variate structuri și activități farmacologice și toxice, au manifestat proprietăți inductoare.

Inducția enzimatică este deci un proces de adaptare a organismului și reprezintă accelerarea metabolizării unei substanțe exogene sau endogene, prin administrarea altei substanțe sau chiar a aceleiași, denumită inductor enzimatic.

Consumarea a două sau mai multe medicamente poate produce interacțiuni cu consecințe terapeutice variate: în unele cazuri trebuie mărită doza administrată pentru obținerea efectului scontat, în alte cazuri doza terapeutică uzuală poate deveni toxică. Astfel, s-a demonstrat experimental că la șobolanii injectați cu culturi de pneumococ, după pretratare cu fenobarbital (inductor enzimatic) doza obișnuită de cloramfenicol (antibiotic) oferă o protecție minimă, mortalitatea ajungînd pînă la 80 la sută; pentru a salva animalele în aceste condiții, trebuie administrată o doză mult superioară de antibiotic. Dimpotrivă, în terapia cu anticoagulante, administrarea concomitentă de barbiturice (inductori) impune creșterea dozelor de anticoagulant pentru obținerea efectului dorit, iar suprimarea bruscă a inductorului determină apariția unor accidente hemoragice.

Metabolizarea medicamentelor poate fi influențată și de inductori nemedicamentoși (etanol, insecticide organoclorurate, substanțe cancerigene). Etanolul (alcoolul etilic) poate fi considerat o substanță care face parte din mediu, ca și

Implicații ale binomului alcool — medicament

camente provoacă stimularea activității enzimelor metabolizante ale substanțelor exogene. Peste un an, în 1961, s-a descoperit, de asemenea, din întîmplare, proprietatea inductoare a unor pesticide organoclorurate, de tip D.D.T.; animale de laborator, ținute în cuști dezinsectizate cu un organoclorurat, au prezentat un somn barbituric experimental de 3 ori mai scurt față de perioada anterioară dezinsectizării, efectul menținîndu-se



fumului de țigară. Alcoolul este toxicul cel mai răspândit, afectând în unele țări 5 la sută din populație (în S.U.A. sînt milioane de alcoolici sau persoane care abuzează de alcool, ingerînd zilnic, în medie, 1 litru de băutură tare ?), ceea ce conferă alcoolului o mai mare importanță socio-medicală decît toate celelalte droguri.

Din cauza întrebunțării masive a agenților farmaceutici, a creșterii ponderii poluanților de mediu și a faptului că mulți alcoolici nu sînt recunoscuți ca atare, interacțiunea alcoolului cu diferiți inductori constituie un risc ; atît intoxicația acută cu alcool, cît și intoxicația cronică (alcoolismul) pot afecta dozașul multor medicamente (anestezice, hipoglicemizante orale, anticonvulsivante, anticoagulante).

Interacțiunea alcoolului cu unele medicamente apare paradoxală : persoanele intoxicate acut cu alcool — indiferent dacă sînt sau nu alcoolice — prezintă o sensibilitate marcată la multe medicamente, inclusiv sedative și tranchilizante, fenomen atribuit adîiției între etanol și medicament la nivelul sistemului nervos central.

Dimpotrivă, alcoolicii chiar în perioadele de sobrietate manifestă toleranță, în special pentru barbiturice, fapt ce se datorește adaptării sistemului nervos central. Odată cu decoperirea unei căi de metabolizare microzomială, comună pentru medicamente și parțial pentru etanol, interpretarea sensibilității crescute la medicamente a persoanelor intoxicate acut cu alcool și a toleranței alcoolicilor la unele medicamente a putut fi reconsiderată.

Cînd etanolul este ingerat într-o doză unică, masivă, metabolizarea medicamentelor este micșorată și acest efect explică — alături de acțiunea depresantă a alcoolului asupra sistemului nervos central — sensibilitatea crescută a subiecților în stare de ebrietate, la barbiturice și alte sedative. Din contră, etanolul consumat cronic stimulează metabolismul unor medicamente și al său propriu, prin fenomenul de inducție enzimatică. Toleranța alcoolicilor la alcool și la unele medicamente, chiar în perioada de abținere, poate fi explicată prin adaptarea sis-

temului nervos central și o toleranță metabolică, determinată prin stimularea enzimelor microzomiale în urma ingestiei repetate de alcool.

Efectele nedorite ale binomului alcool-medicamente, schițate mai sus, tind să reliefeze implicațiile potențial nocive ale consumului concomitent a mai multor substanțe din mediul ambiant. Sînt cunoscuți peste un milion de compuși (naturali și sintetici) numai al carbonului, dar sînt posibile bilioane de compuși pe care natura, probabil, îi conține. În plus, aproximativ 300 000 de compuși organici și anorganici sînt catalogați anual și caracterizați doar în termeni fizico-chimici, ceea ce nu rezolvă de obicei aspectele activității biologice sau toxicologice. Interacțiunea lor posibilă — cu medicamente, poluanți ai mediului comunal sau industrial, ca și al alimentelor — reprezintă pentru omul modern o adevărată „cutie a Pandorei”, ale cărei mistere știința actuală le descifrează treptat, spre folosul societății.

Conf. dr. Marțian COTRAU

„SECRETUL LONGEVITĂȚII MELE? MUNCA!”

● General-maior de aviație (r), profesor universitar emerit, doctor inginer Ion Gudju s-a născut la București, în iulie 1897 ● Licențiat al Universității din București în științe fizico-chimice ● Studii de doctorat în chimie și fizică la Sorbona și Collège de France ● Obține titlul de doctor în inginerie aeronautică la Institutul politehnic din Roma cu „Magna cum laudae” ● Membru în Comisia astronomică a Academiei Republicii Socialiste România ● În prezent, profesor consultant la I.M.F. București.

● La 13 ani cîștigă primul concurs național de șah ● Editează lucrarea „Jocul de șah”, fiind elev la Liceul „Lazăr” ● Fondator al Federației române de șah ● Decan fondator și membru de onoare al Federației internaționale de șah ● Maistru emerit al sportului.

Cunoscînd această carte de vizită, am sunat la ușa apartamentului profesorului universitar Ion Gudju din Bd. Ana Ipătescu, cu emoție și destule temeri : ce curs poate lua convorbirea cu o personalitate atît de complexă ? Și ce poți transmite, în spațiul unui interviu, din înțelepciunea și experiența unei vieți chiar mai bogate în ani decît secolul nostru ?

Cel ce m-a întîmpinat avea eleganța unui diplomat, amabilitatea amfitrionului desăvîrșit și dinamismul omului aflat în plină tinerețe.

A găsit repede tonul potrivit, s-a „mutat” pe terenul propriu cititorilor revistei „Sănătatea”, stabilind contacte și puncte de referință comune. Așa încît temerile au rămas undeva în urmă...

Pasiunea pentru șah i se pare a fi... ereditară, transmițîndu-i-se, ca și alte date biologice, prin tată, la vremea sa un reputat șahist. Ce rol a jucat șahul în formarea sa ca om, ca specialist, ca intelectual ? „Enorm, ca orice joc sportiv care te pregătește să obții victoria prin luptă ; enorm, căci șahul e știință, îți dezvoltă mecanismul gîndirii, îți cere organizare și analiză, te obligă să iei o decizie ; enorm, șahul fiind o artă creatoare fiecare partidă devine rezultatul unor combinații pline de fantezie. Șahul este o exce-

lentă gimnastică a minții și un mijloc de formare a caracterelor...”

– De ce ați renunțat atunci atât de devreme la activitatea competițională ?

– Poate tot șahul... e de vină. M-a ajutat să mă analizez lucid și să iau o decizie justă. După Olimpiada de șah de la Praga, în 1931, când am obținut un rezultat onorabil, dar nu excelent, mi-am pus problema ce urmează să fac mai departe : mă dedic șahului sau științei ? Am ajuns la concluzia că șahul nu poate fi pentru mine un scop în sine și am optat pentru activitatea științifică. Creasem primul laborator de cercetări fizico-chimice și încercări aeronautice pe lângă Arsenal și primul serviciu de meteorologie și aerologie al aeronauticii, domenii pasionante, care m-au cucerit total. Că opțiunea mea a fost bună a dovedit-o faptul că în 10 ani am urcat toate treptele ierarhice

viitoare „Istorie a aeronauticii românești”. Vuia, Vlaicu, Coandă sint prezentați la dimensiunea geniului lor, cu rigoarea și obiectivitatea omului de știință care nu-și poate reține însă mindria de a fi pășit pe drumul deschis de acești iluștri înaintași. De proporții mai modeste, dar sugerindu-ți aceleași vibrații grave născute din pasiune, este și lucrarea „Un secol de activitate șahistă”, aflată într-un stadiu avansat. Presupun că timpul ce mi-a fost acordat a cerut sacrificii la odihnă ori la plimbări, și îmi cer scuze...

– A, nu, protestează profesorul, dorm doar câteva ore, în restul timpului lucrez. Se vede că, cu vîrsta, nevoia de somn se micșorează. În schimb, nu simt nevoia să reduc numărul orelor de lucru...

Cu riscul de a comite o impolitețe, îl rog să ne dezvăluie „secretul” vigoriei sale pre-



militare pînă la gradul de general, că am publicat lucrări ce s-au dovedit de interes, că am avut o intensă activitate la catedră...

– Și șahul ? A fost trădat ?

– Nicidecum. I-am rămas un fidel animator și sint și astăzi un fervent propagandist în favoarea atragerii tineretului la practicarea acestui sport al minții. Da, da, sint de acord că în anii din urmă șahul a cucerit mii și mii de amatori. Dar dacă ar fi introdus în școală, ca obiect de studiu de la cea mai fragedă vîrstă, am aștiga un aliat de preț în formarea tinerilor...

Masa de lucru a profesorului octogenar este încărcată pînă la refuz : lucrări ce-și așteaptă finalizarea în domeniul aeronauticii, reviste, tratate de specialitate și, bineînțeles, publicații șahiste. Stivuite ordonat, cinci dosare voluminoase strîng între copertile lor o

zente, să împărtășească cititorilor cîteva coordonate ale programului său zilnic.

– Secretul... longevității mele ? Deși transformă cu o undă de ironie într-un termen pretențios sugestia de a se referi la intimitatea vieții sale, nu ezită să răspundă : munca ! Și după cîtva timp : muncesc de la 7 ani, fără exagerare, atunci am primit și prima leafă, o bănuț de 5 lei în aur, pentru că meditam pe băiatul unui fabricant din cartier. De atunci n-a trecut o zi din viața mea fără să muncesc și știu eu dacă nu e prea tîrziu acum să mă mai schimb ? Altfel, mă interesează tot ce se petrece în jur și încerc să țin pasul, să înțeleg, să nu rămîn în afara timpului meu... Iubesc natura, frumosul, cultiv relații umane interesante, citesc... Pot fi acestea pilduitoare pentru alții ?

Marieta VIDRAȘCU

ȚIGARA SAU SĂNĂTATEA?

În anul 1492, Cristofor Columb primește foi de tutun și indicații asupra fumatului de la locuitorii insulei Guanahani (azi San Salvador). Unul dintre însoțitorii săi, Diego Rodriguez, îndrăgește fumatul și la întoarcerea în Europa aduce tutun și continuă să fumeze acasă; dar în urma reclamației soției sale, că „înghite foc și scoate fum pe nas“, este judecat și condamnat la 10 ani muncă silnică pentru „legături cu diavolul“. Poate că nu era rău dacă închiziția spaniolă, ca și în alte țări, ar fi stăvilat dezvoltarea culturii tutunului și totodată creșterea vertiginosă a numărului fumătorilor.

Tineri, uneori aproape copii, încearcă să fumeze crezând că țigara le dă un aer de maturitate, fără să cunoască numeroasele substanțe toxice pe care le conține tutunul, între care cea mai agresivă e nicotina. Prin arderea țigării se produc gaze care sînt inhalate de fumător. Toxicitatea lor se poate constata de la prima țigară, care, „bine fumată“ (adică fumul „tras în piept“), produce întotdeauna amețeli, grețuri, vărsături, dureri de cap și uneori chiar pierderea cunoștinței.

Dacă întîmplător prima țigară a fost fumată fără complicații nu înseamnă că substanțele toxice nu-și vor spune cuvîntul cu timpul. Astfel, fumătorii sînt predispuși la ulcer gastric sau duodenal, prin modificările pe care le exercită toxicul asupra tubului digestiv, iar cordul lor este predispus la cardiopatii ischemice datorită îngustării vaselor coronare, care alimentează mușchiul cardiac. Dar cele mai frecvente îmbolnăviri determinate de fumat sînt bronșitele cronice, emfizemul și cancerul pulmonar.

Din cercetările profesorului Edward E. Mariell de la Centrul de cercetări atmosferice din statul Colorado (S.U.A.), apariția cancerului pulmonar la tabagici se datorește radioactivității tutunului. Observații clinice efectuate de peste 20 de ani în același dispensar tbc bolnavilor cu bronșite cronice, emfizeme și alte suferințe pulmonare, fie depistați prin MRF, fie prezentați spontan, au dus la concluzia că numai un număr extrem de mic declară că n-a fumat niciodată.

Gravitatea bolii este în raport direct cu vîrsta la care bolnavul a început să fumeze; cu cît a fumat mai de tîrziu cu

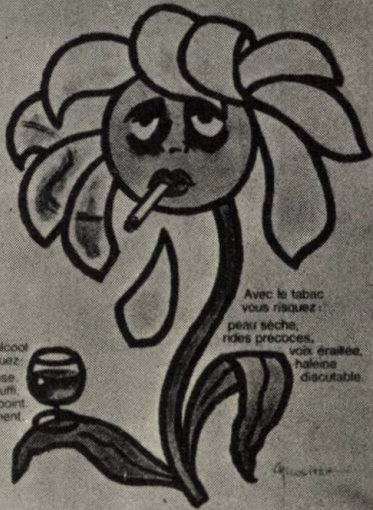
atît boala e mai gravă. Fenomenele morbide (accesele matinale de tuse, continua greutate în respirație și pierderea forțelor) apar la început timid, apoi se accentuează, devin un calvar și totul se termină printr-o insuficiență cardiacă.

Dar țigara nu e numai dușmanul fumătorilor, ci și al celor obligați să-și petreacă un număr de ore pe zi în preajma lor. Pe lîngă faptul că ei își pierd rezistența la factorii nocivi, devenind receptivi la orice infecție, inhalarea zilnică a fumului de țigară va determina, mai devreme sau mai tîrziu, modificările pulmonare citate, cu toată gama fenomenelor dramatice.

Cum fiecare dintre noi își dorește sănătate lui și familiei, fumătorilor le rămîne să reflecteze și să aleagă: țigara sau sănătatea.

Dr. Ludmila GALIN

alcool et tabac



Avec l'alcool vous risquez: visage bouffi, embourgeoisement, tremblement.

Avec le tabac vous risquez: peau sèche, rides précoces, voix éraillée, haleine désagréable.

fanent votre beauté

Afiș al Comitetului național francez contra tabagismului.

ADVERSARIII ANTICORPILOR

Organismul uman se apără față de numeroșii agenți infecțioși care-l înconjoară prin mijloace diverse fapt ce-i conferă rezistență sau imunitate. Dar el are și capacitatea de a se apăra pînă la un punct și față de diferite boli tumorale sau canceroase. Deci, în mod natural, luptă să-și mențină integritatea și stabilitatea biologică prin diferite mijloace, în bună parte cunoscute și descifrate de științele medicale. Aceasta este de fapt rezistența naturală, care înseamnă capacitatea organismului de a-și păstra integritatea anatomică a tegumentelor și mucoaselor, acțiunea de autosterilizare prin descoamări celulare, aciditatea pH-ului tegumentar, integritatea unor cili de la nivelul mucoasei aparatului respirator, lizozimul din secrețiile și umorile organismului un echilibru bun și neperturbat al florei microbiene normale. Am mai adăuga aici serul sanguin și diferite umori care au o putere bactericidă și antivirală, precum și anticorpii specifici fie dobîndiți la naștere, fie formați în cursul vieții (în urma contactului cu diferiți agenți patogeni, și prin vaccinări). De exemplu, vaccinările — antipolio, antirujeolice, antigripale, antivariolice, antitetanice — vor genera anticorpi specifici al căror suport este în ultimă instanță fracțiunea globulinelor gama. Prin seruri administrăm acești anticorpi gata formați și capabili de a oferi o protecție antiinfecțioasă bună pe o perioadă de timp. Și în acest caz, capacitatea de formare a anticorpilor de apărare constituie o rezistență a organismului, numită specifică, pe care el o dobîndește în cursul vieții. În concluzie, atât rezistența naturală cît și cea specifică reprezintă arsenalul complet de apărare față de agenții infecțioși patogeni și nepatogeni. Deci există un mecanism influențat și dirijat de către sistemul nervos central și sistemul endocrin și umoral. De aceea, menținerea în stare de sănătate a organismului uman face ca imunogeneza să rămînă în limite optime, conferindu-i totodată o rezistență îndelungată. Practic putem întări și stimula rezistența printr-o serie de mijloace igienico-sanitare și biologice. Astfel, o igienă desăvîrșită a tegumentelor și mucoaselor apără organismul prin băi generale și dușuri de curățenie, înălăturindu-se microbii și condițiile de mul-

tiplicare a lor. Odată mai mult, apa și săpunul se înscriu în rîndul elementelor primordiale de igienă aducînd un element pozitiv de apărare. Acestora li se adaugă alimentația rațională, din care organismul își făurește armele de apărare, cum sînt anticorpii. Desigur nu trebuie omise principiile alimentare de bază, calitatea și procentul de calorii zilnice, activitatea și vîrsta. Se știe, de exemplu, că în funcție de vîrstă și efortul depus un adult are nevoie în medie de 3 000 de calorii zilnic pentru a se bucura de o sănătate optimă, dar și modul de preparare a alimentelor și evitarea abuzului de băuturi alcoolice au un rol important. Abuzul de alcool contribuie la deprimarea mecanismelor de imunogeneza și crearea unor carențe proteice și vitaminice, odată cu perturbarea și degradarea materialului biologic celular hepatic și nervos. Deci alcoolismul este un factor deprimant al formării de anticorpi și prin scăderea rezistenței organismului apar cu mai multă frecvență infecțiile bacteriene sau virale. Așa se cunosc pneumoniile grave ale alcoolicilor, precum și alte suferințe hepatice și nervoase. Și fumatul este la fel de dăunător pentru rezistența organismului, impregnînd arborele bronhopulmonar cu nicotină și gudroane arse provenite din tutun, provocînd suferințe sistemului nervos și cardiovascular. Un motiv în plus de a renunța la fumat, cauză a scăderii rezistenței locale și generale a organismului. Dar în grupa elementelor ce concurează la menținerea rezistenței corpului nostru se înscrie și îmbrăcămintea, avînd în vedere rolul ei protector. Îmbrăcămintea igienică protejează organismul de intemperii, umiditate și alte agresiuni, cunoscîndu-se acțiunea frigului prin intermediul sistemului nervos și vascular care perturbă imunogeneza. În fine, tot în categoria factorilor ce contribuie la întărirea rezistenței organismului se include — oricît ar părea de curios — și somnul. Respectarea celor 7—8 ore de somn asigură refacerea sistemului și reconfortarea întregului organism, condiții necesare pentru o funcționare optimă a mecanismelor de apărare. Se știe că oboseala, epuizarea fizică și nervoasă sînt factori negativi.

Așadar, un organism rezistent, o sănătate sigură.

Dr. Nicolae OPREAN

De la „constelația“ endocrină la „trainingul autogen“

Ce răsunet poate avea un psihic ținut sub tensiune asupra sănătății omului este o problemă riguros demonstrată științific. Invers corelarea și subordonarea armonioasă a stărilor afective, a emoțiilor de către sistemul nervos central are consecințe pozitive asupra constelației endocrine, asupra tuturor organelor și sistemelor vieții de relație.

Mult râvnitul trofeu internațional Premiul Nobel pentru medicină a fost acordat în 1977 medicilor americani Rosalyn S. Yalow, Andrew V. Schally și Roger Guillemin pentru valoroasa contribuție adusă în identificarea, sinteza și dozarea unor neurohormoni.

Cercetările au arătat astfel că sistemul nervos central, în special aria hipotalamică, considerată în prezent și cu rol de organ endocrin, conține numeroși neuroni cu dublă funcție: neuronală și endocrină.

Acești neuroni, păstrând și conexiunile simpatice cu alți neuroni, sînt capabili să secrete substanțe biologice active care sînt eliberate în circulație prin axoni asinaptici conectați capilarelor.

Substanțele secrete au caracteristicile hormonilor cunoscuți eliberați în circulație, sînt transportați la receptor specific celular, rolul lor fiind de a regla procesele metabolice ale celulelor respective. Prin dubla lor activitate acești hormoni au rol de translatari, traduc o informație, un mesaj primit pe cale nervoasă (sinaptică) într-o informație hormonală pe care o transmit pe cale umorală (circulatorie).

Coordonarea activității celulelor, diverselor țesuturi și organe implicate în cele mai simple procese morfologice și funcționale este dependentă de hormoni, acești mesageri chimici care transportă informații între variatele componente ale organismului inducînd modificările metabolice necesare.

Studiind corelația dintre procesele afective și fiecare glandă cu secreție internă s-a observat că hipofiza mai mult decît celelalte glande endocrine pare a fi în strînsă legătură cu afectivitatea. Faptul acesta este explicabil și prin conexiunile anatomice interne între țesutul nervos central și hipofiză. Se știe că secreția hipofizei este sub influența sistemului nervos central (în special a hipotalamusului, a sistemului limbic și a hormonilor sexuali).

La o emoție puternică apar palpitații, senzație de nod în gît și transpirații reci; după o supărare mai deosebită pierd pofta de mîncare și omul simte uneori contracții neobișnuite ale stomacului, alteori crampe dureroase. Dealtfel, într-un limbaj care a devenit destul de răspîndit se spune că anumite boli, ca hipertensiunea arterială, ulcerul gastric, colita spastică, cardiopatia ischemică sînt boli cortico-viscerale, adică în apa-

„Vocația“ nefericirii

Nu se știe din ce străfunduri de timp, unele dintre noi poartă în ele, trăsc după ele, un fel de ecou tragic. Le-a fascinat și urșit poate Cassandra, prezicătoarea de nenorociri, prigonita Electra sau — ceva mai aproape de noi — Chimenă cea vindicativă, care nu prea știe ce vrea și, sfîșiată între dragoste și datorie, e profund nefericită.

Lipsite de măreția și sublimul personajelor desprînse din istorie, „nefericitele“ noastre contemporane se luptă și ele cum pot cu mărunte evenimente cotidiene, cărora le conferă dimensiuni de tra-

gedie. Se luptă, dar mai ades se dau bătute.

Cum să mai trăiască, de pildă, cînd scapă din mină borcanul de laurt, după ce s-a chinuit să-l spele? Și se sparge — borcanul — în bucățele mici, de nu mai contează să le tot descopere și după o lună, unde nu te duce gîndul...

Sau, cineva din casă (de regulă, în atare împrejurări nu poate fi identificat făptașul) a lăsat la baie maneta „pe duș“. Așa că ea, victima permanentă, deschizînd robinetul, se trezește cu un jet de apă puternic în cap. Tocmai cînd abia venise de la coafat, unde-și așteptase rîndul trei ore. Și ce linie teribilă îi dăduse, ca niciodată...

Și cum să nu-și blesteme zodia, cînd n-a trecut pe la magazinul din colț, chiar în ziua cînd s-a adus — și vîndut pînă la ultima pereche — singurul model de sandale pe care ea l-ar putea purta? Dar, mai ales, cum să nu fie obsedată de gîndul divorțului, cînd are un soț plecat de două zile

în deplasare, la Roșiori, și încă n-a primit nici un telefon de la el...

...Că văduvă prin deces se vede — și se căinează singură — de cite ori același soț ingrat e la volan, în pod să verifice antena sau numai cînd repară mașina de călcat, udă florile pe terasă sau are guturai. Ce, nu s-au văzut atîtea?

Dar copiii? Noian de nenorociri prezumptive îi amenință. Se intoxică, se pierd, nu mai cresc, rămîn renețenți, fug de-acasă, se fac hippy și cite și mai cite gînduri negre, țesute în nopți albe, așa fără nici un temei...

Iar prietenele — nesincere, invidioase, plicticoase — mai bine fără!

Bine ar fi și fără rude — mai ales ale soțului — care vor veșnic ceva, au nevoie de tot felul de servicii, „pică“ în vizită în momente nepotrivite (dar cînd ar fi potrivite aceste vizite)?

Și-apoi, ploile, canicula, ridurile, gelozia, autobuzul aglomerat, cheia pierdută, cura de slăbire chinuitoare și ne-

riția lor a jucat un rol precumpănitor suprasolicitarea scoarței cerebrale.

Drept dovadă că este așa stă și faptul că în tratarea acestor boli, în special în fazele lor de început, poate să dea excelente rezultate un regim de cruțare psihică, constând în scoaterea temporară a bolnavului din mediul de muncă sau de trai care i-au menținut starea de tensiune și trecerea lui într-un climat favorabil, care să-i confere un confort sufleteș optim. O metodă foarte utilizată de medicina clasică și cea modernă este psihoterapia cu latura sa din ce în ce mai recomandată de autopsihoterapie fundamentată pe autosugestie ca proprietate general umană.

În consecință, autosugestia s-a impus atenției medicinii, recent celei psihosomatie, întrucât datorită acestui fenomen unii subiecți ajung să-și dezvolte simptome organice înșelătoare, iar bolnavii își agravează sau își depășesc maladiile după cum se autosugestionează. Metoda a fost în ultimele decenii luată în studiu și aplicată în scopul echilibrării vieții personale și a sporirii eficienței activității mai ales celor de performanță. În acest sens este ilustrativ antrenamentul autogen, metodă psihoterapeutică și psihoprofilactică elaborată de neuropatologul german J. H. Schultz.

Stările afective se însoțesc în afara modificărilor biochimice, bioelectrice, circulatorii, diencefalo-vegetative etc. și de modificări în mimica subiectului, în gestică sa. Expresia este o manifestare a unor stări psihice. În cuprinsul ei intră și expresia artistică (literară, grafică, muzicală) pentru că și ea traduce stări psihice bine conturate ale unui individ. Cele mai frecvente tulburări de expresie ale feței pot exprima stări afective, involuntare,

care să constituie „expresia emoțională spontană” cum o numește G. Dumas. Se descrie semnul Schulle sau Omega melancolic, când pliurile orizontale apărute pe frunte se mențin constant și se întretaie cu pliuri verticale între cele două sprâncene. Constatarea acestui semn foarte pronunțat în melancolie poate indica o stare depresivă.

Comisurile labiale, coborâte ca în masca tragică din teatrul grec pot indica starea de tristețe.

Eritemul (înroșirea) emotivă a feței care poate fi extrem de intensă, cuprinzând gîtul și regiunea medie sternală, exprimă emotivitatea.

Încruntarea sprâncenelor, când nu este voită sau exagerată, traduce starea de îngrijorare, de atenție anxioasă a subiecților.

Strîngerea buzelor exprimă reținerea, așteptarea plină de îngrijorare, de teamă.

Dischineziile labiale și peribucale, mișcarea buzelor etc. au aceeași semnificație ca și mișcările de frămîntare a degetelor mîinii și exprimă anxietatea unui subiect.

Imobilitatea mișcărilor feței este un semn de tristețe, de indiferență afectivă.

Limbajul mimic facial este un limbaj de semne propriu omului care este capabil să transmită mesaje afective inteligibile tuturor.

De exemplu: un semn voit și conștient din limbajul mimic prin care transmitem mesaje non verbale, de satisfacție, admirație sau bucurie este sursul. În urmă cu cîțiva ani o grupă de cercetători au studiat acest din urmă semn al lim-

Dr. Mioara MINCU

(Continuare în pag. 150)

eficientă, baretă pantofului, ruptă în fuga spre teatru și foala lipsă din cartea poliștă, țîntarii, ușa care scriștie, pata de pe bluza preferată, umbrela uitată în tramvai sau, dacă nu e uitată, e silitoare că nu se deschide, nu se închide sau se dă peste cap...

Cumul de rele, căzut numai pe capul lor — așa cred ele! —, în timp ce altora, fericite le merge totul în plin.

Gata să dea proporții tragice oricărui neajuns, suratele noastre au o viață foarte chinută! Dar nici celor din preajmă nu le e mai ușor, obligați să le suporte lamentările.

Le-am sugera o soluție, ca un joc: să ia câteva repere, cu adevărat grave, ca unele boli, neferitoare, calamități naturale, și să raporteze la acestea și „prețioasele” lor nenorociri. Poate că, în comparație cu implacabilitatea cancerului, cu forța nimicitoare a unui cutremur, a bombelor atomice, cu drumul fără întoarcere al morții — vor înțelege

ridicolul nervilor și al suferinței lor adesea nemotivate.

Și încă ceva: cînd vocația spre nefericire le îndeamnă să vadă numai fața umbră a lumii, să-și regăsească singure temel de bucurii, spunîndu-și: „Ce bine că nu mă doare măseaua, copilul a luat un 10 la matematică, glicina a înflorit, iar soțul, în loc să se ducă la meci, a rămas acasă și se uită la televizor...”

Ce contează, așadar, că mi-a dat laptele în foc?”

E în această autoterapie un demers temerar menit să forțeze mîna fericirii sau, dacă vi se pare prea mult, țelul prea îndepărtat și greu accesibil, hai să spunem că e măcar o tentativă conștientă de a-ți păstra echilibrul sufleteș — condiția elementară a sănătății.

Nu spre egoismă nepăsare sau neroadă înconștientă îndeamnă cele de mai sus. Primiți-le ca pe niște propuneri de a judeca prin ochii minții, ai rațiunii, tumultul solicitărilor, evenimentelor cotidiene, de a le conferi exact valoarea pe care

o au și de a nu face risipă de frămîntări și suferințe acolo unde gravitatea răului stă doar în spaima și gîndurile noastre negre. Simțul măsurii ajută la ierarhizarea motivelor fericirii și nefericirii noastre și bine e dacă nu ne îngăduim niciodată să-l facem uitat. De ce nu ne-ar părea ridicolă reacția de a ne lamenta pentru un fleac, dacă apreciem ca evident exagerat și abuziv pe cineva care cheamă Salvarea pentru un guturai?

Iar dacă am luat ca repere personaje cu înclinații către chinuri și suferințe, să încheiem amintindu-ne viguroasa pildă a optimistului Zorba, risul său fără seamăn, declanșat de prăbușirea construcției.

Ceea ce aduce ca remediu un antinevralgic — pentru durerea de cap — stă în puterea simțului umorului să facă — pentru atmosfera, dispoziția noastră, pentru ambianța întregii familii.

Doctor în pedagogie
Luminița GHIVIRIGĂ



O VÎRSTĂ A „RECUPERĂRII“

Ajunși în pragul pensiei vă propunem să considerați anii ce vin ca fiind ai unei vârste a recuperării timpului liber, a timpului pe care nu l-ați folosit suficient pentru dv. După deceniile dăruite muncii și împlinirilor vieții, să dedicați orele, zilele și anii ce urmează acelor hobbyuri care vă pot umple timpul liber cu nenumărate și plăcute preocupări.

Veți recupera în acești ani de tihnă nu numai preocupări interesante care vă vor menține prezenți în natură și societate, dar în mod cert și vechi și prețioase amicitii întrerupte de-a lungul timpului. Va fi o recuperare a pierderilor nedorite, care va contribui la valorificarea capacităților fizice și intelectuale, la revigorarea continuă a organismului și psihicului.

Considerăm deci oportună propunerea de a suplini după etatea de 60 de ani termenul de „vîrsta a treia” cu „vîrsta recuperării timpului”.



Creativitatea este o formă de activitate general umană, extrem de variabilă individual, determinată în existența și calitatea ei de numeroși factori și condiții biologice și sociale. Factorul permisiv al oricărei creativități îl constituie normalitatea structurilor și funcțiilor creierului. Condiția biologică cerebrală nu poate fi definită însă global datorită complexității activității de creație și marilor posibilități de adaptare ale organismului uman.

Sînt totuși cunoscuți în istoria științelor, artelor și literaturii creatori cu severe boli psihice sau nervoase, care și-au păstrat grade prelungite și variabile de creativitate. Hemiplegia n-a împiedicat pe Pasteur să-și continue activitatea, iar severa melancolie de care suferea Schumann n-a constituit un obstacol în calea preocupărilor componistice.

Dar orice generalizare din aceste puncte de vedere este eronată, dacă nu adoptăm o

dest om poate deveni creator într-o activitate dacă reușește să-i confere originalitate și noutate.

Condiția cerebrală permisivă ne obligă să arătăm că în afara situațiilor comentate creativitatea este în relație și cu vîrsta ! Acest factor a fost prezentat eronat, limitînd capacitatea de creație în cele mai multe cazuri pînă la 30 de ani, iar în altele exemplificînd-o îndeosebi cu mari creatori de știință și opere de artă posibilă și după 60—70 de ani. Un răspuns corect nu poate fi dat decît dacă ținem seama de modificările activității neuro-psihice și ale structurii creierului în ontogeneză (treptele, stadiile și perioadele de creștere și dezvoltare ale unui organism de la începutul pînă la sfîrșitul existenței). Există un acord al investigatorilor care au cercetat creierul la diferite vîrste, că începînd de la 30—40 de ani un număr variabil de neuroni dispar fără a putea fi înlocuiți. Consecințele sînt evidențiate prin modificările progresive ce apar cu cît înaintăm în vîrstă, în capacitatea de memorizare, de actualizare a evenimentelor înregistrate în trecut, în rapiditatea deciziilor, în fluența lor, și mai ales în percepția noului în mediul de viață personală și socială.

Cu toate fenomenele de compensare, transfer și restructurare, datorită capacității păstrate în crearea de noi legături între neuronii în funcțiune, capacitatea de rezolvare și de adaptare scade totuși progresiv cu vîrsta. Inevitabil scade și creativitatea, care este condiționată de integritatea sau de un minim funcțional neuro-psihic prin care se realizează : înregistrarea fenomenelor, memoria, participarea la evenimente, interesul și imaginația, efortul mental pentru înțelegerea lor — capacități care permit formarea de noi reprezentări și conexiuni și prin aceasta posibilitatea creației.

În această optică a fenomenelor ce apar la vîrsta a treia capacitatea de creație este păstrată, dar cu o cuprindere și un profil diferit de al perioadelor precedente. Biografia creatorilor în știință, cultură și artă ne arată că în majoritatea cazurilor la vîrsta a treia nu au realizat noul, ci au desăvîrșit operele sau concepțiile descoperite în perioada juvenilă, ceea ce echivalează cu o formă de activitate și nu de creație. Adeseori ei caută să valideze și să dezvolte descoperirile sau invențiile, create cu multe decenii în urmă. Daniel

Creativitatea în relație cu vîrsta

reprezentare corespunzătoare a creativității, care nu trebuie confundată cu activitatea. Creativitatea este o formă de activitate prin care obținem în concret sau abstract un „produs” inedit. Dacă nu îndeplinește această condiție este vorba de o activitate obișnuită, caracteristică diferitelor profesii repetative. Un muncitor, după părerea mea, devine creator numai dacă realizează inovații în munca lui obișnuită, un om de știință o descoperire, iar un inginer o invenție și așa mai departe. Această exemplificare ne arată că creativitatea are și particularități determinate de domeniul în care este realizată. În mod excesiv a fost prezentată ca un apanaj al personalităților în știință, artă și cultură, al oamenilor geniali sau deosebit de înzestrați. În realitate, cel mai mo-

Danielopolu a elaborat pînă la vîrsta de 30—40 de ani esențialul faptelor și teoriilor sale despre legile care conduc funcțiile organismului, concepția despre anatomia și fiziologia sistemului nervos vegetativ, iar C. I. Parhon, deși a emis pînă la etatea de 40—50 de ani concepțiile sale în endocrinologie, în relația dintre sistemul nervos și endocrin, în biologia vîrștelor, a căutat să descopere noi boli și fenomene pînă aproape de 80 de ani. S-ar putea susține deci că există și o longevitate a creativității. Dealtfel, savanții din științele naturii pot continua activitatea lor creatoare toată viața, datorită specificului disciplinelor, în care natura le oferă în permanență noi posibilități de abordare. Apare astfel, pe lîngă condiția biologică cerebrală, conținutul procesului creator și domeniul în care se realizează.

În concluzia acestor date și a comentariului lor rezultă că creativitatea este o formă de activitate general umană, determinată de factori și condiții biologice și sociale, printre care capacitățile neuropsihice individuale au primul rol. O regăsim sub forme minore la orice persoană și la dimensiuni majore la cele supradotate și la genii. La vîrsta a treia creativitatea este păstrată în măsura normalității cerebrale, cu parametri cantitativi și calitativi diferiți de vîrsta maturității, determinați de biologia procesului de senescență și de domeniile în care se desfășoară actul creator.

Acad. Ștefan MILCU

INEGALITATE...

„Femeia nu este egală cu bărbatul în fața alcoolului“. În vara lui 1979 această concluzie a unui grup de cercetători francezi experți al Comitetului de studii și informații asupra alcoolului, conduși de dr. RAYMOND — MICHEL HAAS, a trezit o adevărată panică în lumea medicală. Potrivit studiilor efectuate în Franța, un bărbat de 45 de ani care a băut 1/2 l de vin de 12 grade (sau o sticlă de bere de aceeași tărie) are o alcoolemie de 0,65 g/l; dar o femeie de aceeași vîrstă și de aceeași greutate are o alcoolemie de 0,75 g/l. Pînă în prezent nu s-a stabilit cu aceeași exactitate dacă la baza fenomenului stau cauze genetice sau hormonale. Ceea ce se știe cu precizie, așa cum afirmă dr. Haas, este că „atunci cînd ea bea cît el, ea bea mai mult“.

SĂ ADĂUGĂM VIAȚĂ ANILOR

„A adăuga viața anilor, mai mult decît a adăuga ani vieții“ este principalul obiectiv al gerontologiei, care s-a confirmat în ultimele decenii. Beneficiul socio-obiectiv și rezultatele studierii procesului de îmbătrînire vor conduce, cu siguranță, la prelungirea duratei medii de viață și a perioadei ei active. Bătrînețea este a tuturor, a fiecăruia dintre noi; deci noi toți trebuie să ne ocupăm de ea. Un prim aspect pe care aș dori să-l menționez este atenția pe care trebuie să o acordăm pregătirii unei bătrîneți sănătoase, active și plăcute. Gero-igiena preconizează tocmai măsurile de prevenire a factorilor care accelerează ritmul de îmbătrînire, mai ales prevenirea bolilor favorizate de înaintarea în vîrstă, care privesc individul și colectivitatea.

Măsurile de prevenire a bolilor vîrștei a treia și de îndepărtare a manifestării acestei perioade a vieții, vizează combaterea lipsei de mișcare, a alimentației iraționale și traumelor psihice, toate avînd o importanță deosebită și o semnificație majoră dacă sînt aplicate la toate vîrștele, ținîndu-se seama de principiul: „Bătrînețea sănătoasă se pregătește încă din tinerețe“. Din cele mai vechi timpuri se cunoaște că mișcarea fizică și activitatea au un rol deosebit în prelungirea vieții omului. Un om activ nu are timp să îmbătrînească.

Pe lîngă asigurarea unei stări de sănătate cît mai bune, pregătirea vîrștei a treia ridică și un alt aspect important: cel al continuării preocupărilor în scopul menșinerii unei vieți active, după anii din cîmpul muncii. Știința zilelor noastre ne-a făcut deja demonstrația vieții active, creatoare, chiar și posibilitatea obținerii unor performanțe fizice pînă la adînci bătrîneți. Numeroși poeți, scriitori, pictori au îmbogățit cu operele lor patrimoniul național și universal, la vîrște înaintate.

De exemplu, Goethe a terminat la vârsta de 82 de ani „Faust”; scriitoarea Margret Murray a scris după împlinirea vârstei de 100 de ani cartea „Primii mei 100 de ani”; la 95 de ani, Tizian termina nemuritoarea operă „Bătălia de la Lepanto”; Picasso moare la 92 de ani în plină creativitate. Savanți, compozitori celebri, interpreți au atins culmea creației la vârste de peste 75—80 de ani. Dar aceste exemple sînt în mod îmbucurător confirmate de rezultatele cercetărilor din cadrul proceselor de îmbătrînire care ne îndreptătesc să fim optimiști, a posibilităților pe care le oferă astăzi gerontologia. Introducerea „sfatului gerontologic” în practica medicală va crea posibilitatea ca, pe baza diagnosticului, medicul să facă recomandările necesare, în așa fel încît fiecare pacient să știe să-și pregătească vârsta a treia.

Organizarea vieții printr-o imaginație creatoare, prin selecție și un sistem de adaptare este modul cel mai sigur de a lupta împotriva efectelor care influențează și accelerează procesul de îmbătrînire. De asemenea, mișcarea oferă satisfacția înlăturării stării de depresie, îmbunătățește performanțele funcționale cardiovasculare și osteoarticulare. Vîrstnicul și bătrînul trebuie să fie pregătiți pentru a alege și cumula avantajele oferite de cei doi parametri, spațiul și timpul, pentru a le folosi în scopul menținerii stării de sănătate.

În condițiile de independență pe care le oferă vârsta, ei își pot desfășura o activitate utilă în familie, unde le revine sarcina de a păstra tradiția de educație și cultură, și chiar pe plan social. Menținerea unei stări bune de sănătate mentală și fizică le oferă posibilitatea continuării activității de creație, a unor munci utile, care necesită un anumit efort fizic.

Legat de profesiune sau de alte preocupări — acel hobby despre care se vorbește tot mai mult în ultima perioadă —, vîrstnicii și bătrînii pot desfășura activități plăcute și utile, care le creează sentimentul deosebit de reconfortant, de independență, care concordă cu marea dorință manifestată de ei de a rămîne activi. Stimulați și organizați, oamenii aceștia cu timpurile ninse pot continua să fie utili familiei și colectivității.

De opțiunea fiecărui vîrstnic va depinde modul în care va ști să folosească timpul după etatea de 65 de ani: citind, scriind, pictînd sau dese-

nînd, compunînd lucrări muzicale sau participînd cu consecvență la concerte, ocupîndu-se de educația nepoților sau a copiilor din bloc sau din comuna unde trăiește, lucrînd la grădină sau la războiul de țesut, îngrijind stupii.

În cadrul Institutului național de gerontologie și geriatrie, studiul acestor aspecte reprezintă o permanentă preocupare a cercetătorilor, iar rezultatele investigațiilor sînt în măsură să transforme „timpul liber” al vîrstnicului în activități de mare valoare personală și socială.

Dr. Mircea DUMITRU

director al Institutului național de gerontologie și geriatrie din București



FOTOGRAFUL... FAMILIEI

Varietatea naturii din România, apreciată atât de locuitori cât și de numeroși oaspeți de peste hotare, litoralul însoțit și plin de farmec, cu salba de stațiuni scăldate în soare, cimpurile întinse ale Bărăganului, pădurile de fagi și de brazi, riurile înspumate sau domoale constituie un peisaj natural, de o bogăție neînchisă. Această ambianță a frumuseților înconjurătoare surprinse cu aparatul fotografic pot constitui pentru amatorii de imagini imortali-

litoralului, acolo unde reflexele mării liniștite sau valurile ce lovesc în diguri creează cea mai imagine de neuitat care poate fi imortalizată numai alergând încolo și înapoi, pentru a-i găsi o lumină cât mai favorabilă și cât mai fotografică. Tot acest efort cu aparatul de fotografiat de gît, toată această mișcare permanentă creează o stare psihică favorabilă căutărilor și oferă satisfacții total opuse celei create de binecunoscutele stresuri. Dacă adăugăm la această stare psihică favorabilă atmosfera binefăcătoare a aerului mării cu aerosolii rezultați din pulverizarea valurilor ce se lovesc de maluri, înțelegem cîte neprețuite izvoare de sănătate poate găsi în natură fotograficul amator, dar pasionat, după vîrsta de 50 de ani. Dar chiar și executarea unor portrete în mijlocul naturii cere destulă mișcare. Cîtă mișcare și cîtă alergare trebuie să facă amatorul de imagini „unicat” în jurul unui ied, al unui mînz negru cu steluță albă în frunte sau al unui berbec cu coarnele răsucite și plin de expresie pînă să-l surprindă imaginea pe peliculă!

Iarba proaspătă și plină de flori, finul cosit sau căpițele împrăstiate pe pașii, bondarii ce poposesc pe florile cu nectar sînt subiecte care pot fi fotografiate cu teleobiectivul, unele im-



zate pe peliculă mari și utile satisfacții. Fotografia alb-negru sau color, precum și diapozitivele reușesc să redea astăzi cu multă fidelitate atât culoarea locală cât și paleta cromatică a subiectelor alese. Căutarea unghiurilor de fotografiere în natură, precum și anumite subiecte constituie un motiv cert de deplasare, de continuă preocupare, ce oferă o variație în gîndire, cu reale satisfacții sufletești, dar în același timp pun pe purtătorul aparatului de fotografiat în situația de a fi mereu în mișcare. Or, această neliniște în căutare este manifestarea cea mai interesantă pe care o remarcăm la cel care fotografiază, dar mai ales la persoanele ce se simt atrase de această activitate și după ce au depășit vîrsta de 50 de ani. Fără să-și dea seama, atrase de subiectele ce le solicită o neîntreruptă căutare în mijlocul naturii, ele se deplasează mereu fie că revin în locul inițial, fie că urcă un tăpșan pentru a fotografia un peisaj cu o panoramă remarcabilă sau un apus de soare printre nori îndoleinici. Dar deplasările dintr-un loc în altul nu sînt specifice numai terenului accidentat, ci și plajelor

punînd căutări și așteptări, atenție și răbdare, toate însă în mijlocul unui peisaj îmbalsămat de miresme îmbătătoare, într-o atmosferă nepoluată fonic, favorabilă calmului.

Din cele expuse rezultă că micul aparat de fotografiat solicită multă mișcare pentru a-l utiliza cu folos în natură. Mișcarea în aer liber, indicată cu insistență pentru toate vîrstele și în special celor care au depășit o jumătate de secol, efectuată cu aparatul de fotografiat, poate deveni mai plăcută. A face zilnic minimum 4 km într-un pas mai grăbit este indicat și eficient după vîrsta de 50 de ani în combaterea aterosclerozelor. Dar a face această distanță preocupată de a surprinde o imagine aparte este mai puțin plictisitor. De aceea considerăm că preocuparea de a fotografia poate deveni un mijloc plăcut, eficient și util de diversificare a activității, de a rămîne cît mai mult în natură în beneficiul întăririi propriei sănătăți.

Dr. Napoleon FRANDIN

CE SPORTURI SĂ PREFERĂM?

Bătrânețea se caracterizează prin involuția diverselor organe și sisteme din cauze intrinsece (care țin de uzura normală a organismului) și extrinsece, dependente de factorii de mediu extern. Studiile gerontologilor ajung la concluzia că factorii de mediu extern, munca organizată, mișcarea, responsabilitățile omului activ încetînd brusc acționează foarte puternic asupra organismului, accelerînd fenomenele normale de involuție și cele psihice care țin de conștiința lipsei de utilitate pentru societate, care se instalează involuntar în conștiința vîrstnicilor, impulsînd instalarea bătrîneții.

Argumentele cele mai peremptorii că factorii de mediu extern au o pondere mai mare în îmbătrînire, decît cei intrinseci ni le oferă sportul. Este bine cunoscut că celebrul jucător englez de fotbal din anii 50, Andrew Matews, a jucat pînă la vîrsta de 50 de ani, iar în sportul românesc alpinistul Emilian Cristea asaltează și acum înălțimile la peste 60 de ani.

Exemplele arătate din sportul de performanță și studiile întreprinse în unele țări, între care și România, au schimbat optica asupra utilității practicării sporturilor și la vîrsta a treia. Astăzi, din ce în ce mai mulți maturi și vîrstnici au revenit la o practică din antichitate — alergarea —, căreia dintre toate formele de sport i se atribuie cele mai importante virtuți în tonifierea aparatelor, în menținerea supleței și elasticității musculo-articulare, în accelerarea metabolismului și detoxifierea organismului. Primele condiții care trebuie respectate sînt dozarea judicioasă a efortului fizic și creșterea strict progresivă și individualizată după posibilitățile fiecăruia.

Un alt sport care poate fi practicat pînă la vîrste înaintate și cu din ce în ce mai mulți adepți este tenisul de cîmp, care, în afara mișcării în sine, acționează favorabil și asupra psihicului prin ambițiile pe care le declanșează, prin conversația cu partenerul de joc în pauzele dintre seturi și după meci, prin prietenii care se leagă.

Schiul, alpin sau de fond, comparativ cu toate celelalte sporturi care se pot practica la orice vîrstă, prezintă avantajul acțiunii aerului rece, puternic ionizat negativ, și al varietății terenului. La efectul fiziologic se adaugă acțiunea exercitată asupra psihicului, întrucît la schi nu trebuie să-ți învingi adversarul, ci să te domini pe tine, înfrîngînd teama. Un exemplu de longevitate în timp oferă criticul cinematografic octogenar D. I. Suchianu, prezent an de an pe pîrțile de schi. De asemenea, înotul și turismul pot fi practicate pînă la adînci bătrînețe.

De fapt, aproape toate sporturile — cu excepția halterelor — sînt la îndemîna vîrstnicilor, efectuate însă la o intensitate mai redusă și fără caracter de întrecere, indiferent dacă subiecții au făcut sau nu sport în tinerețe. Chiar și vîrstnici care se subestimează, considerînd că nu mai pot practica nici un sport, pot realiza o bună condiție fizică plimbîndu-se prin parcuri și păduri în pas vioi, cîte 1—2 ore pe zi.

Deși nu am enumerat toate avantajele oferite de o activitate sportivă în limitele posibilităților fizice la peste 60 de ani, considerăm că ele constituie răspunsuri la întrebarea din titlul articolului. La aceste răspunsuri vom adăuga cîteva principii de care este bine să se țină seama: de dorit se va practica unul dintre sporturile practicate în tinerețe sau se va prefera alergarea, dacă vîrstnicul nu a făcut sport; controlul medical este absolut necesar înainte de a se trece la activitatea sportivă, iar ulterior va fi efectuat periodic pentru surprinderea unor eventuale fenomene de suprasolicitare; se



va doza judicios alternanța sport-odihnă, pentru a se evita suprasolicitarea; un sport început trebuie continuat ritmic în tot cursul anului.

În aceste condiții, consultînd medicul asupra dozării efortului fizic, sportul va deveni un hobby valoros, va contribui la combaterea sedentarismului și la consolidarea sănătății

Dr. Virgil IGNAT

Centrul de medicină sportivă București

Sănătatea... bolnavilor cronici

S-ar părea că alegerea acestui titlu este paradoxală, din moment ce se vorbește despre sănătatea oamenilor bolnavi, argumentul principal constituindu-l faptul că noțiunile de sănătate și de boală sînt în antiteză una față de alta. Am rămas totuși la prima variantă, pentru a sublinia că bolnavii cronici pot fi menținuți multă vreme într-un echilibru satisfăcător, care le permite să aibă un mod de viață apropiat de cel al oamenilor sănătoși.

HIPERTENSIUNEA ARTERIALĂ. Cu oarecare aproximație se poate afirma că indiferent de tipul de hipertensiune bolnavii pot avea o viață apropiată de cea normală, dar cu grija respectării unor reguli care nu constituie pentru ei un handicap prea mare. Astfel, se poate continua activitatea profesională, evitîndu-se însă eforturile prea mari, fizice sau intelectuale, surmenajul și stările de încordare psihică. Pentru că păstrarea unui echilibru sufletesc, atît acasă cît și la locul de muncă, are o influență favorabilă asupra valorilor tensionale, în timp ce exagerările și stările conflictuale determină prompt creșterea importantă a tensiunii arteriale. Odihna rațională, relaxarea, plimbările în aer liber, practicarea unor sporturi contribuie, de asemenea, la menținerea cifrelor tensionale în limite acceptabile. În ceea ce privește alimentația, hipertensivilor obezi li se recomandă o dietă hipocalorică, întrucît revenirea la greutatea ideală determină scăderea tensiunii arteriale; în schimb, păstrarea excesului de greutate micșorează eficacitatea diverselor măsuri terapeutice, inclusiv a tratamentului medicamentos. Alimentația bolnavilor hipertensivi este echilibrată, cu evitarea grăsimilor animale (unt, untură, smîntînă, frișcă etc.) și cu reducerea importantă a sării; este un lucru bine știut azi că dieta hiposodată constituie o măsură terapeutică eficientă.

În privința tratamentului medicamentos — care se face sub supravegherea medicului —, trebuie remarcat că acesta pentru a fi eficient trebuie să fie perseverent, continuu și de lungă durată. Este total necorespunzătoare practica unor bolnavi, care, din proprie inițiativă, renunță la tratament și iau numai din cînd în cînd cîte un comprimat de Hipazin.

Hipertensiunea arterială se poate agrava brusc, ceea ce se traduce prin creșterea exagerată a cifrelor tensionale, prin dureri de cap, grețuri, vărsături. Această situație necesită internarea de urgență în spital; pînă la realizarea acestui obiectiv, se recomandă repaus absolut la pat, liniște și atmosferă calmă, dietă desodată și administrarea medicamentelor hipotensive și diuretice, eventual injectabile.

CARDIOPATIILE ISCHEMICE sînt boli ale inimii determinate de îngroșarea — prin scleroză — a arterelor coronare, cu scăderea lumenului acestora, ceea ce are drept consecință o scădere a irigației mușchiului cardiac. Unele din aceste maladii se traduc prin dureri (angina de piept, infarctul miocardic), în timp ce altele nu se manifestă prin dureri, ci prin palpații (tulburări de ritm), prin insuficiență cardiacă etc. În vederea ameliorării evoluției lor trebuie adoptate o serie de măsuri, care constau în primul rînd, din combaterea așa-ziselor „factori de risc”: hipertensiunea arterială, hipercolesterolemia, fumatul, sedentarismul, obezitatea, diabetul zaharat etc. Dar suferinții cu cardiopatie ischemică își pot continua activitatea profesională; uneori poate fi însă utilă schimbarea locului de muncă pentru a se evita eforturile fizice mari și stările de încordare psihică prelungită. Pensionarea nu este necesară decît rareori, pentru că aceasta poate avea un efect invers, creînd celui în cauză impresia că este un invalid, un inutil celor din jur. Este bine însă de reținut că este necesară o anumită activitate fizică, prin care se activează circulația și se accentuează arderile, ceea ce duce la scăderea colesterolului din sînge. În cazul majorității bolnavilor, sînt recomandabile plimbările în aer liber și mersul pe

jos; ritmul de mers trebuie reglat în așa fel încât să nu ducă la apariția crizelor dureroase, iar distanța parcursă nu trebuie să depășească 5—6 km pe zi. De preferat este ca aceste plimbări să se facă în parc sau în pădure, într-un mediu calm și nepoluat. Un alt factor important la această grupă de suferinzi o constituie dieta, care este hipocalorică și uneori și hiposodată (cînd avem asociată și o hipertensiune) și se impune mai ales în cazul persoanelor obeze. Oricum, trebuie reținut că excesul de greutate constituie o povară permanentă, el îngreunînd activitatea inimii suferinde. Totodată, mai este necesară și evitarea grăsimilor animale, întrucît acestea fac să crească colesterolul, substanță care depunîndu-se în pereții vaselor de sînge favorizează procesul de ateroscleroză.

Tratamentul medicamentos, recomandat de specialist, constă în administrarea, timp îndelungat, a unor preparate care ameliorează circulația coronariană și nutriția mușchiului cardiac (Interkordin, Persantin). Celor care au dureri precordiale la efort li se recomandă — ca tratament al crizelor — nitroglicerină.

De asemenea, mai trebuie cunoscut faptul că suferinzii cu cardiopatie ischemică pot prezenta, mai ales în cazul nerespectării regulilor igieno-dietetice, unele agravări. Astfel, unii dintre ei pot avea dureri precordiale frecvente cu o durată prelungită, survenind și în repaus (în angina de piept obișnuită durerea apare numai la efort); se vorbește în acest caz de „angina de piept instabilă”, care poate evolua — în lipsa unui tratament adecvat — către infarct miocardic. Acești bolnavi trebuie să se prezinte în cel mai scurt timp la medic sau să solicite salvarea în vederea internării în spital. Alții pot avea o formă evolutivă bruscă, fără simptome prealabile de alarmă către infarct miocardic. Ei prezintă dureri precordiale neobișnuit de mari și de lungă durată (mai multe ore), alături de alterarea stării generale, scăderea tensiunii arteriale și palpitații.

Întrucît infarctul miocardic reprezintă o mare urgență medicală, cei din jurul bolnavului trebuie să cheme imediat salvarea, în vederea internării cît mai rapide în spital (de preferat într-un serviciu de terapie intensivă); atîta timp cît suferindul rămîne încă la domiciliu, familia trebuie să-i asigure liniștea și calmul, care au o influență favorabilă asupra psihicului său. În fine, repausul la pat este absolut necesar, ca și combaterea durerii (cu Algocalmin) și stărilor de neliniște (cu Diazepam). În unele cazuri, starea bolnavului se poate agrava brusc, mergînd pînă la încetarea bătăilor inimii și ale mișcărilor respiratorii. Într-o asemenea situație se impune o

intervenție rapidă din partea celor din jur, fiecare secundă fiind prețioasă. În astfel de cazuri se va realiza imediat atît masajul cardiac extern (alternanța de apăsare pe stern cu încetarea acestei apăsări, cu ritmul de 60 pe minut) cît și respirația «gură la gură» (cu frecvența de 20 pe minut). Aceste măsuri corect aplicate sînt deseori eficiente, salvînd cardiicii, care ulterior sînt preluați de medicul de pe salvare și de echipa de reanimare din spital.

ARTROZELE constituie cea mai frecventă formă de boli reumatismale și constau dintr-un proces degenerativ, de uzură, al unor articulații la nivelul genunchiului, șoldului, degetelor, coloanei vertebrale etc. Aceste afecțiuni cunoscute și sub denumirea de reumatism cronic degenerativ afectează adultul matur și vîrstnic, predominînd mai ales la sexul feminin. În producerea artrozelor intervin factori metabolici (excesul de grăsimi din sînge, în special de colesterol), endocrini (funcționarea deficitară a unor glande cu secreție internă, cum ar fi tiroida sau ovarele), mecanici (conformație anormală a unor articulații, ceea ce mărește gradul lor de uzură) și traumatici (traumatisme violente urmate de fracturi și luxații sau traumatisme mici și repetate, unele cu caracter profesional). De remarcat că artrozele membrelor inferioare au la bază și un important exces de greutate și obezitate.

În cazul bolnavilor cu exces de greutate și cu tulburări metabolice (hipercolesterolemie) sînt necesare măsuri igieno-dietetice și medicamentoase: interzicerea grăsimilor animale din alimentație și dietă hipocalorică (cură de slăbire) prin reducerea importanței a dulciurilor și făinoaselor sînt măsuri deseori eficiente; în cazul unei hipercolesterolemii, care nu răspunde la regimul alimentar amintit, medicul care îngrijește acești bolnavi poate avea în vedere un tratament medicamentos, și anume administrarea de Clofibrat. Cura de slăbire este indicată ori de cîte ori artrozele apar la bolnavi obezi, cu deosebire la cei la care procesul degenerativ afectează articulațiile de sprijin (genunchi, șold) sau coloana vertebrală lombară. Fără reducerea greutății, celelalte măsuri terapeutice, inclusiv tratamentul antireumatic, dau rezultate incomplete. În cazul unor malformații congenitale ale șoldului, cum ar fi subluxația, procesul rapid de uzură nu poate fi oprit prin tratament medical; în schimb, corectarea prin intervenție ortopedico-chirurgicală a anomaliei amintite determină o ameliorare evidentă.

Tulburările endocrine, precizate de medicul endocrinolog, pot fi corectate prin tratament de

specialitate, ceea ce are o influență favorabilă asupra reumatismului cronic degenerativ. Astfel, tratamentul corect al tulburărilor de menopauză sau al hipotiroidiei realizează la unii bolnavi mai mult decât tratamentul antireumatic propriu-zis.

Evitarea microtraumatismelor, a poziției vicioase în procesul de producție și efectuarea gimnasticii la locul de muncă sînt urmate de bune rezultate.

Bolnavii cu artroze, indiferent unde sînt localizate, sînt mai sensibili la condițiile de mediu decît cei sănătoși. În aceste situații, evitarea frigului și umezelii, folosirea unei îmbrăcămînți și încălțămînți adecvate, eventual a echipamentului de protecție, pot feri reumaticii de accentuarea suferințelor, provocată de intemperii.

În tratamentul reumatismului cronic degenerativ aplicarea la nivelul articulațiilor afectate a diverși agenți fizici, începînd cu împachetările cu parafină și terminînd cu ultrasunetele și curele balneare în stațiuni cu profil de reumatologie (Techirghiol, Amara, Herculane, Felix etc.) duc la ameliorări de lungă durată, bolnavii respectivi uitînd deseori că sînt posesorii unei forme de reumatism cronic. Medicamentele antireumatice propriu-zise (Aspirină, Brufen, Indometacin etc.) sînt rezervate numai episoadelor dureroase, pentru perioade limitate de timp.

LOMBOSCIATICA este una dintre cele mai frecvente boli reumatice, care afectează cu precădere bărbatul tînăr, fiind determinată la 95 la sută din cazuri de suferințe ale coloanei vertebrale lombare, și anume, de leziuni ale discurilor intervertebrale (în formele severe este vorba de o veritabilă hernie de disc, care comprimă rădăcina nervului sciatic). Se manifestă prin crize de dureri în regiunea lombară, dureri ce iriază pe unul din membrele inferioare, cu tendință de repetare, după intervale de timp variabile. Factorii declanșatori pot fi: ridicarea unei greutăți,

cu coloana vertebrală flectată (poziție aplecată), răsucirea bruscă, expunerea la frig etc. Ținînd seama de faptul că boala tinde să se repete, ea poate fi considerată, pe bună dreptate, cronică, evoluînd sub forma unor crize acute. De aceea, este util ca bolnavii să știe ce să facă în perioada, de obicei lungă, dintre crize. Activitatea fizică nu este interzisă, dar eforturile fizice mari trebuie evitate. Bolnavii trebuie să învețe cum să ridice o greutate, și anume, ei nu trebuie să-și îndoaie coloana vertebrală lombară (ceea ce ar favoriza apariția unei noi crize), ci să-și îndoaie membrele inferioare (în poziția „pe vine”), cu coloana dreaptă.

Pentru întărirea musculaturii abdominale și sacrolombare (aceste două chingi musculare, una anterioară, alta posterioară, mențin poziția corectă a coloanei vertebrale) este necesară gimnastica medicală. Aceasta trebuie practică mai întîi în centre specializate de cultură fizică medicală, pentru ca bolnavii să învețe întocmai mișcările ce trebuie efectuate, evitîndu-le pe cele care le-ar putea dăuna.

Curele heliomarine pe frumosul nostru litoral sau curele balneare într-una din stațiunile cu profil de reumatologie au o influență binefăcătoare asupra aparatului locomotor, inclusiv asupra coloanei vertebrale.

În cazul reapariției durerilor lombare însoțite sau nu de iradierea caracteristică de-a lungul nervului sciatic, prima măsură ce trebuie adoptată este repausul la pat, care trebuie să fie suficient de dur și drept, fără arcuiri și curburi. Concomitent, se pot administra medicamente antireumatice (Aspirină, Brufen, Indometacin) și decontracturante (Cloroxazonă, Diazepam). Totodată, mai sînt recomandabile și aplicațiile calde (pernă electrică) în regiunea lombară.

Prof. dr. Ștefan ȘUȚEANU

PEȘII OFERĂ NOI DATE DESPRE... OM

● Ariul de mare constituie subiectul unor cercetări asupra structurii și chimiei celulare de mare importanță în studiul fertilității umane ● Studiarea pancreasului așa-numitului pește-giscă a evidențiat că celulele acestui organism sînt capabile a identifica celulele străine ale unor indivizi aparținînd aceleiași specii, de mare importanță pentru studiile oncologice ● Singele crabului *Limulus moluccans* conține un reactiv ce permite detectarea promptă și puțin costisitoare a bacteriilor prezente în singele uman ce urmează a fi administrate omului pe cale intravenoasă ● Acest animal s-a arătat a fi o adevărată binecuvîntare și pentru oftalmologie atunci cînd s-a descoperit că activitatea electrică a fibrelor nervoase ale ochilor săi poate fi înregistrată ● Înregistrările au contribuit în mare măsură la înțelegerea modului în care mesajele vizuale sînt cifrate și transmise de către nervul optic al omului.

apele minerale

În funcție de concentrația în săruri minerale, apele minerale se clasifică în **hipotone** (slab concentrate), **izotone** (normal concentrate) și **hipertone** (puternic concentrate). După efectul lor — legat de prezența în compoziția unuia sau a mai multor elemente chimice, se clasifică în ape **carbogazoase**, **alcaline**, **clorurate**, **sodice**, **feruginoase**, **sulfuroase**, **radioactive**. Dar oricare dintre aceste ape — ce se pot consuma nu numai în stațiunile balneoclimaterice, ci și la domiciliu — indiferent că sînt folosite la masă sau în scop terapeutic, se consumă conform recomandării medicului de specialitate. De aceea, pentru a le cunoaște indicațiile, nu este suficientă numai lecturarea etichetelor de pe sticle sau a unor prospecte, ci un consult al medicului balneolog și respectarea regulilor de administrare, care diferă de la persoană la persoană.

Apele carbogazoase, destul de des folosite și din păcate nu întotdeauna după vreo recomandare medicală, exercită, chiar la persoanele aparent sănătoase, o acțiune stimulativă asupra secreției și motilității gastrice, favorizînd totodată evacuarea stomacului. Deseori sînt consumate ca apă de masă — în locul sifonului — în scopul stimulării apetitului. Sub aspect medical sînt indicate în cazuri de aciditate scăzută și enterocolite întreținute de gastrite cronice. Se găsesc la Buziaș, Borsec, Lipova, Tușnad, Vatra Dornei, Zizin, Covasna, Sîngeorz.

Apele alcaline modifică în bine secreția, motilitatea și sensibilitatea stomacului, în sensul stimulării sau frînării acesteia. Acțiunea lor alcalinizantă face să fie folosite și în diabet, boală ulcerosă, gastrită hiperacidă, unele forme de colită etc. Aceste ape se găsesc la Malnaș, Bodoc, Tinca, Sîngeorz (izvorul Hebe) și la Slănic Moldova (izvoarele 1 bis, 3), iar la Șarul Dornei, Vil-

cele și Lipova se găsesc ape alcalinoteroase și feruginoase, primele neutralizînd aciditatea gastrică, ultimele excitînd secreția și motilitatea gastrică.

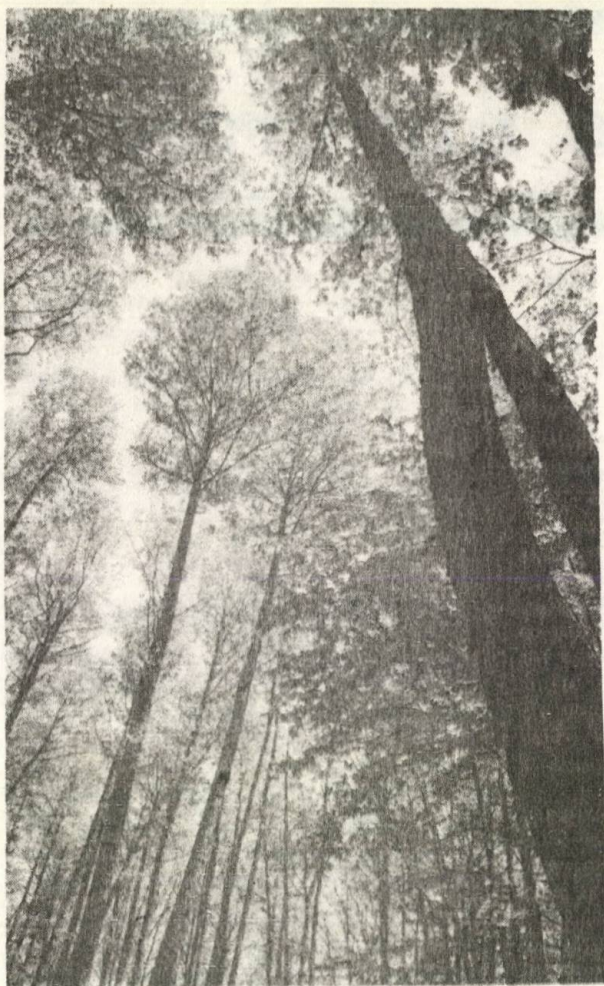
Apele clorurate sodice, deseori alcaline și carbogazoase, au proprietatea de a excita secreția gastrică, de a activa tranzitul intestinal. Dintre acestea amintim pe cele cu concentrare mai mică de la Herculane, respectiv izvoarele „Hygea” și „Hercule”, precum și unele ape de la Someșeni-Cluj.

• **Apele feruginoase**, unele carbogazoase, alcaline și iodate, altele conținînd arsen, au acțiune tonică, antianemică și stimulativă asupra aparatului digestiv; se găsesc în stațiunile Buziaș, Vatra Dornei, Covasna, Valea Vinului, Harghita, Tușnad.

Apele sulfuroase, simple sau mixte (în funcție de ce substanțe conțin), au efecte diuretice, acționează favorabil asupra căilor biliare și ficatului, fiind recomandate foștilor bolnavi de hepatită cronică, excită secreția gastrică și peristaltismul intestinal și influențează favorabil evoluția colitelor și diabetului. Cele simple se găsesc la Olănești (izvoarele 11, 12, 24) și la Călimănești (izvoarele 7 și Păușa).

Apele radioactive stimulează glandele endocrine și funcțiile digestive și se găsesc la Borsec, Herculane și Sîngeorz.

În general, indiferent de tipul de apă, este de preferat să fie băute la izvor, avînd în vedere efectul direct al consumului, ambianța peisagistică, aerul ozonat și alți factori naturali. Dar cura cu ape poate fi realizată și la domiciliu, cu condiția ca în ambele situații să existe în prealabil o recomandare a medicului, deoarece, pe cît sînt de utile în afecțiunile prezentate, pe atît pot fi de dăunătoare în stările febrile, hemoragii, boli acute, hipertensiune arterială, afecțiuni cardiace decompensate, stenoză pilorică, ulcere recente.



POLUATORI ȘI... VICTIME

Poluarea ! Un subiect nu numai la ordinea zilei, dar și pasionant, mai ales pentru nespecialiști, întrucât specialiștii îl cunosc exact dimensiunile. Noi, ceilalți, tresărim speriați la fiecare nor de praf, ne simțim direct afectați de gazele de eșapament ale mașinilor... altora, dăm alarma când pe coșurile uzinei din capătul cartierului iese un fum înecăcios. Și tot noi, ceilalți, aruncăm gunoii menajer mai mult sau mai puțin la întâmplare, la locul de muncă, dacă deținem dreptul de decizie, ne debarasăm de reziduurile procesului de producție noaptea, sub adăpostul întinericului, profităm de ieșirea în natură ca să ne spălăm mașina în pirăiașul de la poalele muntelui, care continuă să susure poetic, dar nu mai oferă de mult mediu de viață pentru peștii sorii auzii, din vina noastră și a altora ca noi. Când ar trebui să devină poluarea un subiect pasionant pentru noi, nespecialiști ? Când suntem victime ei, ori când, din ignoranță, devenim noi înșine poluatori ?

Poluarea face parte din viața noastră, a celor care trăim în această epocă marcată de mari prefaceri tehnice, economice, urbanistice, când omul a devenit cel mai activ factor de modificare a echilibrului dintre societate și mediul înconjurător. La semnalul de alarmă dat

de oamenii de știință, potrivit cărora dezvoltarea vertiginoasă din prezent se cere însoțită de măsuri energice pentru ocrotirea mediului ambiant, pentru a nu periclitiza sănătatea generațiilor prezente și a celor care vor urma, resurselor și echilibrului natural trebuie să le răspundem cu o conștiință ecologică, cu o atitudine activă, eficientă.

Aceasta la nivelul fiecărui individ. Pentru că, pe plan național, țara noastră se situează printre primele în lume care a adoptat o lege de protecție a mediului, întregită de un corp de alte acte normative, avînd ca scop optimizarea relației dintre economie și ecologie, utilizarea rațională a resurselor naturale și creșterea formațiunilor ecologice. România dispune de un Consiliu Național pentru Protecția Mediului înconjurător, participă la numeroase acțiuni de cooperare bi și multilaterale în cadrul Programului Națiunilor Unite pentru mediul înconjurător cit și în cel al consilierilor guvernamentali ai țărilor membre ale C.E.E.; țara noastră colaborează pentru realizarea programelor în domeniu ale C.A.E.R. și promovează colaborarea în această direcție în cadrul țărilor din Balcani.

Programul național de protecție a mediului are ca obiective principale : folosirea rațională a resurselor naturale ;

corelarea activității de sistematizare a teritoriului și localităților cu măsuri de ocrotire a factorilor naturali ; adoptarea de tehnologii de producție cit mai puțin poluante ; echiparea instalațiilor tehnologice și a mijloacelor de transport cu dispozitive eficiente de prevenire a poluării ; valorificarea optimă a substanțelor reziduale utilizabile ; promovarea acțiunilor de cooperare internațională — tehnică, economică și științifică. Din acest larg program se desprind cîteva direcții prioritare în curs de aplicare și care vizează : îmbunătățirea calității apei principalelor riuri ; îmbunătățirea calității aerului de pe marile platforme industriale ; supravegherea poluării de fond a aerului realizată cu sprijinul Programului Națiunilor Unite pentru mediul înconjurător.

Ne putem regăsi în aceste programe ? Firește ! Sînt făcute de noi — noi, oameni de știință ori tehnicieni, ori legiuitori, sînt făcute pentru noi și urmașii noștri. Oricum am privi lucrurile sîntem implicați și nu ne mai putem permite să abordăm subiectul fără a fi în deplină cunoștință de cauză. Educația ecologică începe prin cunoașterea laturilor problemei și se face simțită prin acțiunea fermă, constantă a fiecăruia în parte și a tuturor la un loc. Protecția mediului nostru de muncă și viață este o datorie civică.

AERUL pe care îl respirăm

Poluarea aerului a apărut ca problemă de stringentă actualitate în ultimele decenii, îndeosebi datorită dezvoltării marilor aglomerări urbane și a creșterii și diversificării industriei. În condițiile în care evoluția tehnicii s-a făcut în decursul timpului, fără a se lua în mod sistematic în considerare riscurile de alterare a calității mediului, a avut loc o creștere permanentă a cantităților de reziduuri eliminate în natură — uneori depășindu-se capacitatea de regenerare a mediului natural, exercitîndu-se astfel o presiune importantă asupra biosferei, cu consecințe considerabile economice, ecologice și — poate în primul rînd — sanitare.

Ceea ce caracterizează poluarea aerului este paleta extrem de largă de poluanți, precum și nocivitatea foarte diferită a

acestora, atît pentru om cit și pentru mediu.

Principalele surse de poluare a aerului sînt reprezentate de arderea combustibililor fosili, circulația autovehiculelor și procesele tehnologice industriale.

Numărul foarte mare de substanțe poluante rezultate din diferite procese tehnologice, comportamentul lor în natură și impactul deosebit al acestora asupra omului și mediului determină și o mare diversitate de efecte asupra sănătății.

Cele mai alarmante sînt efectele imediate, provocate fie de eliminări accidentale ale unor substanțe toxice, fie de acumularea lor în mediu pînă la pragul la care dau naștere unor efecte acute cu apariția bruscă de decese sau îmbolnăviri în masă. Accidente ca cele de la Poza Rica,

Donara, Londra, Seveso etc. au arătat riscurile mari pe care le poate avea poluarea severă pentru sănătatea populației din zonele expuse. Totuși acestea reprezintă cazuri excepționale, în mare parte posibil a fi prevenite prin măsuri de protecție adecvate.

Mult mai mari sînt riscurile legate de efectele de lungă durată, care se produc prin acțiunea lentă a poluanților asupra organismului uman, dozele de poluanți pătrunși în organism fiind rezultatul unor nivele de poluare moderate. Momentul apariției fenomenelor patologice depinde de acumularea poluantului în organismul uman (cumulare materială) pînă la pragul la care apare îmbolnăvirea, sau de cumulare a efectului de către organul sau organele asupra cărora acționează (cumulare funcțională). Astfel, plumbul, fluorul sau cadmiul se cumulează în organism determinînd îmbolnăvirea numai după ce au atins un anumit prag, în timp ce, spre exemplu, poluanții iritanți din aer, ca fumîngine, bioxidul de sulf, oxizii de azot

rezultați din ardere, deși nu se rețin în organism, determină numai după ani de expunere modificări ireversibile la nivelul plămînului, cu apariția bronșitei cronice și a emfizemului pulmonar. De multe ori în expunerile de lungă durată, poluantul din mediu se asociază cu alți factori etiologici, rolul lui în apariția bolii fiind greu de identificat, uneori ignorat sau subestimat. Rezultă însă o modificare evidentă a structurii morbidității și nu rareori studiile epidemiologice privind bolile cronice au identificat poluanții aerului printre factorii etiologici ai unor boli foarte răspîndite (pulmonare cronice, cardiovasculare, de sînge sau tulburări de dezvoltare fizică și neuropsihică a copiilor).

În sfîrșit, de o deosebită importanță este efectul de foarte lungă durată. Acest efect se manifestă la persoanele expuse după mulți ani, sau chiar numai la descendenți. Este vorba de efectul cancerigen, teratogen și mutagen. În ceea ce privește efectul cancerigen, un număr apreciabil de substanțe cert cancerigene se găsesc în mediul de viață al omului, ca urmare a poluării. Totuși, pentru puține forme de cancer avem în prezent cunoștințe precise că s-ar datora cumulării în mediu a poluanților cert sau potențial cancerigeni. Situația este similară și în ceea ce privește poluanții cu efecte mutagene. Apreciem însă prezența în mediu a unor poluanți cu astfel de efecte ca fiind un risc major pentru sănătatea populației actuale și pentru generațiile următoare. Identificarea proprietăților cancerigene, teratogene sau mutagene ale unor substanțe poluante impune aplicarea unor măsuri de protecție deosebit de riguroase în vederea ocrotirii populației, orice slăbire de vigilență implicînd un risc mare.

Poluarea afectează principalii factori ai mediului, exercitînd astfel o presiune globală asupra biosferei. În ceea ce privește poluarea aerului, sursele industriale afectează, în general, grupe mai restrînse de populație, respectiv populația rezidentă în jurul surselor. Din punctul de vedere al celor expuse, sursele industriale de poluare a aerului se situează în urma combustibililor sau circulației autovehiculelor; în schimb, numărul de poluanți emiși este mult mai mare și în permanentă creștere, odată cu introducerea unor noi tehnologii.

Poluanții din aer, în afara acțiunii lor directe determinată de inhalare pot provoca și cumularea acestora în sol, apă și vegetație, rezultînd un impact global pe diferite căi cu organismul uman. De asemenea, pot pro-

(Urmare din pag. 137)

bajului mimic care este surîsul și au descoperit relația corticală și endocrină care destinde mușchii mimicii, luminînd fața omului cu o clipă de fericire.

S-a observat, de asemenea, ce se petrece în tot organismul atunci cînd omul suride, zîmbește sau ride cu poftă.

Toate constantele biologice se prezintă în acel moment la parametrii optimi, organele și țesuturile sînt mai bine irigate, mai bine oxigenate. Prin comandă corticală întreaga constelație endocrină aruncă în torentul circulator hormoni atît de necesari unei funcționalități optime a tuturor aparatelor și sistemelor. Organismul se repară, se înviorază, întinerește.

S-a observat deci că întregul sistem hipofizo-hipotalamic este receptiv cînd la „periferie” se zîmbește sau se ride și prin subordonare neuro-endocrină (pe cale neuro-secretorie) influențează în bine întregul organism.

Pornind de la aceste observații s-a extins foloșirea zîmbetului ca factor terapeutic. S-au introdus în unele clinici, pentru anumite categorii de bolnavi, „ședințe” cu exerciții de „terapie prin zîmbet”.

Ce valoare terapeutică are deci surîsul? De indicator al stării generale de sănătate, de factor terapeutic autogen, de generator al unui climat sanogenetic. Se știe că atunci cînd zîmbim oferim un semn al fericirii și prieteniei. Știm acum de ce: sistemul nervos central și zona hipotalamo-hipofizară recepționează mesajul și încheie arcul reflex declanșînd în torentul circulator bogăția terapeutică a neurohormonilor.

voca modificări atmosferice, cu consecințe indirecte, cum ar fi creșterea nebulozității și reducerea radiației solare, sau, dimpotrivă, pătrunderea în straturile superioare ale atmosferei a unor poluanți care să reducă stratul de ozon — între aceștia aflându-se și cei existenți în banalele spray-uri —, ducând la creșterea permeabilității pentru radiații ultraviolete cu lungime de undă mică, fenomen care, într-o perspectivă pesimistă, poate afecta grav viața pe pământ.

Desigur că poluarea aerului — în afara riscurilor legate de pătrunderea poluanților în organismul uman — ajunge a avea efecte negative asupra calității vieții — inclusiv a sănătății — și prin consecințele sale ecologice și economice. Ținând cont de situația deja existentă — în special în țările dezvoltate —, protecția mediului ambiant se impune ca o necesitate de prim ordin, fapt ilustrat și de preocuparea ma-

În scopul realizării protecției mediului ambiant față de poluarea aerului, rolul cel mai important revine organelor specializate prin crearea bazei tehnico-materiale și a unei structuri tehnologice care să nu permită încărcarea biosferei cu reziduuri ale consumului productiv sau ale celui finit, mai mult decât este aceasta capabilă de a primi fără riscuri pentru sănătate sau modificări ecologice importante. Constituie preocupări de prim ordin în multe țări din lume, inclusiv în țara noastră, realizarea de tehnologii, echipamente, mașini, instalații nepoluante, sisteme de combatere a poluării, precum și tehnologii de reciclare a deșeurilor. În programul de dezvoltare economico-socială a țării noastre sînt prevăzute ca îndatoriri principale adoptarea de tehnologii nepoluante, echiparea proceselor de producție generatoare de poluare cu instalații de purificare a reziduurilor eliminate, realizarea unor



nifestată de diferite organisme naționale și internaționale în această problemă.

Din punct de vedere medical, este necesară supravegherea permanentă a calității aerului în relație cu starea de sănătate a populației, identificînd populația expusă la risc și aplicînd măsurile tehnice și medicale de apărare a sănătății. Realizarea unui mediu lipsit de orice substanță străină nu este nici posibilă, nici necesară și ar constitui, evident, o piedică în dezvoltarea armonioasă a sănătății omului modern. Important este de a se stabili riscurile reale, deci criterii privind concentrațiile maxime admisibile de substanțe provenite din industrie care pot pătrunde în natură fără a altera sănătatea, a genera disconfort ori a modifica în sens negativ calitățile mediului. În stabilirea acestor criterii, efectul asupra sănătății este elementul de bază, de primă importanță pentru precizarea concentrațiilor maxime admisibile.

substanțe chimice cu nocivitate și remanentă cît mai redusă etc. Aceste preocupări s-au materializat și prin adoptarea unor legi de o deosebită importanță, la bază stînd „Legea privind protecția mediului înconjurător” din 1973. În activitatea de protecție a mediului sînt angajate toate organele și organizațiile de stat, cooperatiste, precum și organizațiile obștești. Dar protecția mediului ambiant reprezintă o datorie a fiecărui cetățean, pentru că la alternativa tehnologică trebuie adăugată alternativa unui nou comportament uman ; fără participarea concretă a fiecărui cetățean la lupta împotriva poluării aerului nici o alternativă tehnologică nu rezolvă problema. Întrebarea : cît de pur este aerul pe care îl respirăm ? se cere completată astfel : facem tot ce depinde de noi pentru a respira un aer nepoluat ?

Dr. Manole CUCU

Totalitatea deșeurilor solide provenite din gospodărie, industrie, comerț, agricultură, devenite inutile sau abandonate de colectivitățile umane, constituie astăzi o problemă foarte actuală prin degradarea pe care o produce mediului înconjurător. Pe lângă inconvenientele de ordin estetic, ele creează și o proastă stare fizică și psihică, fiind dezagreabile prin mirosurile sau substanțele pe care le exală. Dar cel mai serios inconvenient este că aceste reziduuri poluează și contamenează aerul, solul, apa prin produse toxice sau agenți infecțioși, oferind medii favorabile pentru proliferarea unor vectori, cum sînt insectele, rozătoarele, paraziții etc. Prin depunerea neorganizată a reziduurilor solide menajere, industriale sau agrozootehnice, avînd o bogată compoziție în substanțe organice, se creează un mediu prielnic pentru dezvoltarea unei flore saprofite și uneori patogene.

Flora patogenă este capabilă să supraviețuiască în condițiile reziduurilor de la cîteva zile (bacilul dizenteric) pînă la cîteva zeci de zile. (bacilul tific) și pînă la perioade mai mari, chiar ani (bacilii antraxului și tetanosului).

Potențialitatea epidemiologică a reziduurilor solide variază în funcție de vechime, gradul de umiditate și de compoziția lor. Vectorii, în general, pot juca un rol activ în transmiterea unor maladii, constituind un rezervor de virusuri și boală sau avînd un rol pasiv-mecanic.

Grupele de maladii care se transmit prin intermediul rozătoarelor, șobolanului în special, sînt în primul rînd infecțiile intestinale (dizenteria bacteriană și amebiană, bruceloza, leptospiroza, salmonelozile, trichinoza) sau unele infecții sanguine (rickettsioze, encefalitele sezoniere, ciurma (pesta), tularemia, antraxul etc.).

În afara bolilor infecțioase amintite se mai pot transmite prin reziduuri anumite boli parazitare, mai ales geohelmintiazele, întrucît ciclul evolutiv al parazitului de la stadiul de ou pînă la larva infestantă se pe-

trece în sol sau în reziduuri care nu dezvoltă temperaturi mari prin fermentație. În categoria acestora intră ascarizii, tricocefali, strongiloide stercolari.

Cantitatea de reziduuri solide este în creștere continuă și aceasta variază de la o țară la alta. Astfel, în Europa, cantitatea de reziduuri exprimată în kg/locuitor pe zi ajunge între 0,4 și 1 kg; numai resturile menajere se estimează că însumează în Europa 85 milioane de tone/an, iar cele menajere 50 milioane de tone pe an. În S.U.A., cantitatea de reziduuri pe locuitor atinge în unele localități pînă la 2,5 kg, cu o creștere anuală de 2—3 la sută (cantitatea totală anuală de reziduuri în S.U.A. a fost evaluată în 1969 la 165 milioane de tone, exis-

REZIDUURILE, UN POTENȚIAL EPIDEMIOLOGIC

tînd presupuneri că în 1980 va depăși 260 milioane de tone).

O situație dificilă, cu implicații mai grave asupra mediului înconjurător decît reziduurile menajere o reprezintă deșeurile industriale. Volume uriașe rezultate din metalurgie, industrie chimică, de la termocentrale, cenușă, zgură, nămolurile în industria neferoasă, depozitele de la uzinele de produse clorodice, care se depun pe suprafețe foarte mari cresc conținutul de cloruri, de metale: plumb, zinc, cupru, H_2S etc. în apele de suprafață sau de profunzime. De asemenea, o cantitate apreciabilă de reziduuri organice sînt cele provenite din industria zootehnică și alimentară, care contamenează intens apele de suprafață, în special în situația cînd reziduurile nu

sînt neutralizate corespunzător prin stațiile de epurare.

Tratarea reziduurilor solide constă dintr-o suită de operații precum: colectarea, evacuarea și transportul lor. Circuitul acestora de la origine (producător, cetățean, întreprindere, instituție, stradă etc.) și pînă la neutralizarea lor completă trebuie să se înscrie într-o filieră corect igienică, încît să nu creeze poluarea sau contaminarea mediului, și prin acestea să aibă efecte asupra sănătății colectivităților. De aceea, măsurile de protecția mediului în general au ca obiectiv principal tratarea corectă a reziduurilor. Cu alte cuvinte, fiecare cetățean este obligat să-și rezolve cît mai igienic colectarea și depozitarea reziduurilor, fie că locuiește în bloc, ori în locuința individuală; aceeași atenție trebuie să o acorde la locul de muncă, pe stradă, în mijloace de transport în comun, prin aceasta contribuind la îndepărtarea surselor de insalubritate, preîntîmpinarea dezvoltării vectorilor, adică prevenirea îmbolnăvirilor cu poartă de intrare digestivă. Tre-cînd mai departe la colectarea reziduurilor pe platforme anume destinate și întreținerea acestora în condiții optime (adică spălare, dezinfecție), abordăm o altă latură a problemei, la care contribuția asociațiilor de locatari este obligatorie, ca și în supravegherea menținerii curățeniei în jurul blocurilor, pe alei, în parcuri etc.

În cazul reziduurilor produse de întreprinderi de diferite profile, aceasta este o sarcină care trebuie rezolvată de întreprinderea respectivă, cu sprijinul sa-lubrității locale.

Pentru preîntîmpinarea poluării mediului înconjurător, un rol de seamă îl are educația sanitară. Începută de la primele vîrste, în școală, întreprinderi, instituții, ea trebuie să-și spună cuvîntul în asigurarea protecției mediului, întrucît problema nu este doar a organelor cu atribuții directe în această direcție, ci a fiecăruia dintre noi, a tuturor cetățenilor.

Dr. Al. CALCIU

AUTOPROTECȚIE

la locul de muncă

După cum se știe, munca l-a creat pe om și aceasta este principala caracteristică care îl diferențiază de celelalte viețuitoare. Locul de muncă este, de asemenea, propriu numai omului, aici petrecându-și cea mai importantă parte a vieții, nu în timp, dar în ceea ce-i este caracteristic, adică în scopul producerii bunurilor materiale sau spirituale. La locul de muncă omul își desăvârșește personalitatea și conduita în relațiile cu ceilalți participanți la procesul de creație. Parafrazînd o cunoscută zicală, putem conchide, fără teama de a greși: „Spune-mi cum arată locul de muncă și-ți voi spune cine este și cum se comportă omul respectiv”.

Dar care este definiția științifică a locului de muncă? Prin loc de muncă se înțelege suprafața de teren necesară a fi utilizată pentru desfășurarea procesului de producție. În termenii acestei noțiuni, locul de muncă al unui strungar va fi suprafața de teren din jurul strungului, strict necesară pentru a putea lucra în condiții corespunzătoare. În schimb, pentru maestrul care supraveghează un atelier de strungărie, locul de muncă este suprafața întregului atelier. Pentru inginerul șef de secție, locul de muncă va fi, deci, suprafața întregii secții și nu biroul său de șef.

Mulți sînt tentați să creadă că igiena locului de muncă se limitează la ordine și curățenie. În rea-

litate, problema este mai complexă și are o valoare mult mai ridicată. Igiena locului de muncă, în accepția științifică actuală, se referă în primul rînd la organizarea ergonomică a muncii. Aceasta înseamnă, între altele, organizarea în așa fel a procesului de muncă încît materia primă să fie așezată la locul, înălțimea potrivită, precum și în ordinea în care trebuie să intre la prelucrat pe parcursul întregii zile fără a fi necesare întreruperi pentru aprovizionare sau manevre suplimentare. Uneltele trebuie să fie în bună stare de funcționare și așezate în ordinea intrării lor în utilitate, pentru a nu se crea stări de enervare, datorate unor defecțiuni ale uneltelor, lipsei altora sau pierderii de timp pentru căutarea lor.

În felul acesta se asigură, din punct de vedere fiziologic, un ritm cit se poate de apropiat de performanța optimă pe toată ziua de muncă, evitîndu-se totodată stările de oboseală, munca devenind ceea ce trebuie să fie, adică un factor de sănogeneză, de stimulare a bunăstării fizice, psihice și sociale.

Totodată, igiena locului de muncă pretinde combaterea poluării mediului, ca unul din factorii de cea mai mare importanță pentru păstrarea sănătății. Aceasta are importanță nu numai pentru muncitorii din întreprinderea respectivă, dar și



pentru populația din jurul ei, știut fiind că una dintre principalele surse de poluare a mediului înconjurător sînt unitățile care nu iau măsurile antipoluante adecvate.

Factorii poluanți ai locului de muncă, în funcție de natura proceselor tehnologice, pot fi fizici, chimici sau biologici. Dintre factorii fizici menționăm în primul rînd zgomotul și trepidațiile. În funcție de nivelul, intensitatea și structura lor acestea influențează organismul în întregime, precum și în mod selectiv numai anumite organe, putînd provoca dezagremente, începînd de la stări de oboseală și pînă la îmbolnăviri ale sistemului nervos, ale aparatului cardiovascular, ale celui locomotor, digestiv și auditiv, cu efecte asupra calității produselor (crește numărul rebuturilor), precum și, în general, asupra capacității de muncă.

Este necesar să menționăm că în întreprinderi apar și poluanți fizici care influențează starea de sănătate și care se întîlnesc mai puțin sau deloc în mediul în care trăiește populația. Este vorba de ultrasunete, unde electromagnetice, radiații ionizante, fascicule laser etc., cărora trebuie să le acordăm importanța cuvenită. Măsurile în acest domeniu sînt de ordin tehnic, ele se cunosc și depind numai de voința noastră de a le aplica în practică.

Poluanții chimici prezintă o diversitate deosebită, avînd, de asemenea, o mare varietate de influență asupra tuturor organelor și sistemelor organismului uman. Pătrunderea lor se poate face pe cale respiratorie, digestivă și prin pielea intactă, în funcție de proprietățile lor fizico-chimice. Cele mai periculoase sînt noxele chimice (clor, bioxid de sulf, sulfură de carbon, oxizi de azot etc.) care pătrund pe cale respiratorie, deoarece din plămîni ajung în sînge și prin acesta se distribuie în întregul organism, provocînd intoxicații acute sau cronice, în funcție de intensitatea și timpul de expunere.

Pe cale digestivă pătrund în organism mai ales poluanții care se prezintă sub formă de pulberi (plumb, zinc, cupru, crom etc.), introducîndu-se în gură datorită neglijenței, în condițiile în care se consumă alimente sau se fumează cu mîinile poluate cu aceste substanțe.

Prin piele ajung în organism poluanții care au proprietatea de a se dizolva în grăsimi (anilină, benzen, benzidina etc.), cei care intră prin porii de la suprafața pielii sau prin mucoase.

Poluanții biologici (microbi, virusuri, ciuperci, paraziți) se întîlnesc la locurile de muncă din întreprinderile sau unitățile sanitare umane și veterinare în care se lucrează cu asemenea agenți. Și în aceste cazuri măsurile de protecție sînt bine

cunoscute, dar ele trebuie respectate cu consecvență și conștiinciozitate.

Dacă nu se aplică măsuri tehnice de protecție, poluanții au o acțiune mult mai intensă asupra organismului la locul de muncă decît prin expunerea populației la mediul înconjurător, deoarece în încăperile întreprinderilor concentrația lor este mult mai ridicată, ceea ce și explică legislația severă care trebuie aplicată pentru ocrotirea sănătății.

Pe lîngă măsurile de ordin tehnic, un rol important în prevenirea și combaterea efectelor poluanților asupra stării de sănătate îl are personalul sanitar, activul de Cruce Roșie și oamenii muncii înșiși. Pentru personalul medico-sanitar a-și face datoria înseamnă a convinge în primul rînd pe conducătorii proceselor tehnologice, prin argumente științifice, dar într-un mod accesibil, precum și pe ceilalți oameni ai muncii asupra necesităților, posibilităților și obligațiilor lor legale; dar și de a lua toate măsurile de care dispun pentru prevenirea pătrunderii poluanților prin ermetizarea, capsularea utilajelor sau captarea lor la locul de formare prin sisteme de ventilație mecanică corespunzătoare, fără a le elimina însă pe coșul întreprinderilor în mediul înconjurător unde pot afecta populația, și în special copii.

De asemenea, tot în sarcina educației sanitare intră convingerea oamenilor muncii să se prezinte la examenele medicale periodice, care au rolul de a-i plasa la locurile de muncă potrivite nu numai ca pregătire, ci și corespunzătoare aptitudinilor psiho-fiziologice stării lor de sănătate; controlul are și rolul de a depista în faze precoce eventuale manifestări de boală, fiind astfel mai ușor de tratat, cu rezultate mai sigure de vindecare.

Utilizarea și păstrarea în bune condiții a echipamentului individual de protecție (haine, combinazoane, încălțăminte, mănuși, ochelari etc.) joacă, la rîndu-i, un rol deosebit de important în ocrotirea sănătății oamenilor muncii.

În prevenirea și combaterea efectelor poluanților asupra stării de sănătate a oamenilor muncii, organizațiile de Cruce Roșie pot desfășura o amplă muncă de conștientizare asupra necesității și oportunității aplicării măsurilor adecvate tehnice și medicale și pot, de asemenea, participa cu eficiență la măsuri de prim-ajutor în cazurile în care apar astfel de nevoi. Iată, dar, că nimeni nu poate rămîne pasiv în ampla acțiune de păstrare a mediului nostru de muncă și viață, toți fiind răspunzători în perimetrul în care muncim și trăim, de calitatea acestuia.

Dr. docent **Bernard BARHAD**

Apa de azi și de mâine

O consecință inevitabilă a procesului de industrializare și urbanizare a fost impurificarea cursurilor de apă cu reziduuri provenite din diversele activități umane și industriale.

Încă din 1950 s-au efectuat numeroase studii referitoare la starea igienico-sanitară a râurilor și pînzelor de apă subterană, studii care au căpătat în ultimul timp un aspect complex, în sensul colaborării mai multor sectoare de activitate, de cercetare și producție, ceea ce a condus la diversificarea aspectelor ce trebuie soluționate concomitent, atât economice cit și de sănătate.

În general se are în vedere punerea la punct a unor tehnologii și tehnici de tratare și neutralizare a elementelor impurificatoare atât organice cit și anorganice din apele reziduale, pentru recuperare și reutilizare, aceste reziduuri fiind totodată o sursă importantă de materii ce pot fi utilizate în industrie și în agricultură. Astfel, apele reziduale și nămolurile de la stațiile de epurare orășenești, precum și cele de la marile complexe zootehnice sint tratate și dirijate spre a fi utilizate la irigații și pentru fertilizarea solului sub control sanitar. În același timp, apele reziduale industriale sint tratate și neutralizate din punct de vedere al conținutului de elemente toxice și recirculate pentru folosirea lor în procesul tehnologic.

O legislație bogată reglementează calitatea fizico-chimică și microbiologică ce trebuie să fie îndeplinită în final de apele reziduale, pentru a putea fi folosite în diverse scopuri; reintroducerea lor în bazinele naturale de apă impune respectarea unor condiții anumite de deversare, atât pentru păstrarea unui echilibru biologic ce asigură autoepurarea apelor cit și pentru a preveni cumulari de substanțe nocive în alimentele din regnul animal și vegetal. Este cunoscut faptul că unele substanțe chimice cumulate în carnea de pește, de exemplu, sau în plante, precum și microorganisme patogene pot avea uneori grave repercusiuni în starea de sănătate.

Un aspect ce nu trebuie neglijat este și acela al depozitării reziduurilor solide menajare și industriale pe sol, la întimplare sau pe marginea râurilor; și în acest domeniu există preocupări atât din punct de vedere al metodelor de neutralizare cit și refolosirii sub formă de energie calorică sau ca material finit în sectorul economic. Legislația sanitară în vigoare reglementează modul de prelucrare și de refolosire a lor pentru a se proteja solul, subsolul și, în general, mediul ambiant. În final, reglementările au în vedere și aspecte estetice, de confort, de păstrare a unei ambianțe plăcute, sănătoase.

Ampla acțiune concepută și dirijată de organele de stat pentru menținerea unui mediu plăcut și lipsit de nocivități trebuie să fie înțeleasă și ca o datorie a fiecărui cetățean care, atât la locul de muncă, cit și acasă sau oriunde este prezent trebuie să o completeze și să o desăvîrșască, considerînd-o ca o problemă a sa personală, ca o necesitate stringentă pentru prezent și o grijă supremă pentru viitor.

Dr. Maria RUSU



PĂDUREA

oaza
de care avem
mereu nevoie



În trecutul îndepărtat, pădurile au ocupat suprafețe imense, imprimând un caracter eminent forestier multora din regiunile țării noastre. Cu timpul însă, odată cu înmulțirea populației și creșterea cerințelor vieții moderne, ele au pierdut mereu terenul, pentru a face loc dezvoltării agriculturii, căilor de comunicație, așezărilor omenești etc. Actualmente, fondul forestier se întinde pe o suprafață de peste 6,3 milioane ha, reprezentând circa 27% din teritoriul întregii țări, ceea ce corespunde cotei de 0,30 ha pădure pentru un locuitor. În felul acesta, compara-

Prezența lor, pe lângă funcțiile de producție și recreativ-turistice, îndeplinește și un important rol hidrologic și de protecție împotriva eroziunilor în bazinele de recepție ale cursurilor de apă. În schimb, în regiunile de câmpie și de dealuri joase, apte pentru rodnicile culturi agricole sau pentru bogatele livezi de pomi fructiferi și viță de vie, pădurile de stejar și gorun, pure sau în amestec și cu alte specii de arbori, sînt reprezentate numai prin întinderi reduse, contribuind în mod deosebit la îmbogățirea și diversificarea peisajului. De remarcat că aceste „petice sau



tiv cu celelalte țări europene, România ocupă locul al nouălea în ceea ce privește suprafața împădurită și al 11-lea ca procent de împădurire, situîndu-se deci înaintea multor țări cu renume în această privință.

Pădurile noastre beneficiază de condiții dintre cele mai favorabile, fapt ce le asigură o stare de vegetație deosebit de activă și o ridicată capacitate productivă. În același timp, ele sînt repartizate diferit de la o regiune la alta, în sensul că sînt de regulă concentrate și cantonate în regiunile accidentate, muntoase și deluroase.

oaze de verdeață" sînt de fapt resturi sau relicve din codrii nesfîrșiți de odinioară, cum a fost cazul cu vestiții codri ai Vlăsiei și Teleormanului.

Avînd un trecut forestier și o tradiție în domeniul silvic, școala românească s-a afirmat în permanență pe plan intern și internațional. Astfel, concomitent cu valoroasa experiență acumulată de-a lungul a peste un secol, de la începuturile unei dezvoltări organizate a pădurilor pînă în prezent, silvicultura noastră a înregistrat remarcabile realizări, atît în pregătirea specialiștilor de înalt nivel, cît și în elabo-

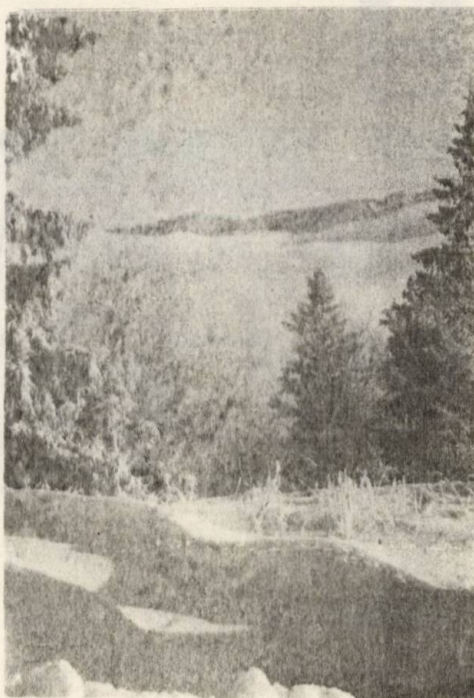
rarea unui număr considerabil de lucrări științifice privind particularitățile naturale ale fondului forestier și modul judicios de gospodărire a acestuia, în scopul intensificării funcțiilor sale productive și protectoare. Odată puse la punct aceste condiții de bază, silvicultura românească și-a deschis, mai ales în ultimele decenii, largi perspective și posibilități de participare activă și peste hotare în întâlniri și confruntări internaționale. În cadrul acestor manifestări, de un succes deosebit s-au bucurat intervențiile reprezentanților noștri la congresele mondiale forestiere de la Dera-dun (India), A. Seattle (S.U.A.), Madrid (Spania) și Djakarta (Indonezia), precum și la congresele IUFRO, consfăturile F.A.O. sau expoziții, simpozioane și schimburi de experiență. La rândul ei, și țara noastră a găzduit o serie de manifestări cu caracter internațional și a întreținut un intens schimb de delegații cu numeroase alte țări, în probleme de mare interes și actualitate, privind producția, proiectarea, cercetarea și învățământul forestier.

Dar indiferent de manifestarea la care au participat și tematica ei de bază, specialiștii români nu au uitat relația om-mediu în actuala etapă de modernizare, automatizare și progres în lume.

În acest context de progres continuu, dar și de risc bio-ecologic, pădurea, apreciată până de curând numai ca sursă sigură și regenerabilă de materii prime lemnoase și nelemnoase, cu multiplele lor întrebuințări, se impune în prezent, din ce în ce mai categoric și ca una din componentele naturale cu cele mai largi aptitudini pentru conservarea, refacerea și chiar ameliorarea mediului înconjurător, ca factor de întărire a stării de sănătate. Totodată, prin prezența pădurii într-o anumită regiune și pe un anumit teritoriu, contribuie la modificarea sensibilă a climatului, la ameliorarea condițiilor de sol, precum și la reglarea regimului cursurilor de apă. Concomitent cu această participare activă și de multe ori inegalabilă la conservarea și ameliorarea mediului fizic înconjurător, și ca urmare a acestor influențe, pădurea mai este capabilă să exercite și o serie întreagă de alte funcții antropogeografice, atât de producție, cât și de protecție socială, cu multiplele lor forme de manifestare

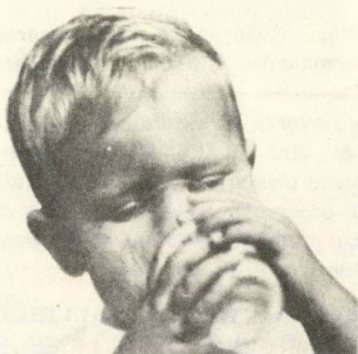
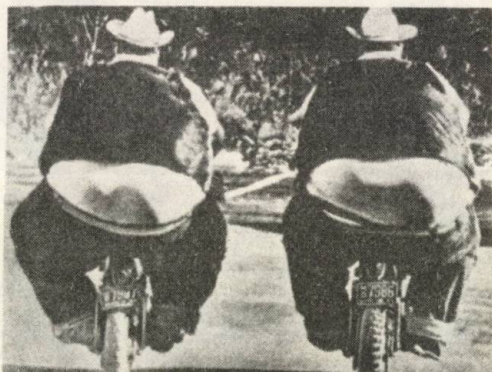
și cu toate consecințele favorabile ce decurg de aici asupra existenței omului și condițiilor lui de muncă. Din rîndul acestora, o mențiune specială merită funcțiile antipoluante și sanogene, precum și cele de ordin peisagistic și recreativ-turistic, urbanistic și științific, care, în multe din situații, ajung să se impună ca prioritare.

În ceea ce privește perspectivele ce se deschid silviculturii noastre, ținem să subliniem sprijinul primit din partea conducerii superioare de partid și personal din partea secretarului general, tova-



rășul Nicolae Ceaușescu, în orientarea noastră permanentă. Indicațiile prețioase privind elaborarea „Programului național pentru conservarea și dezvoltarea fondului forestier până în anul 2010 „prefigurează științific principalele direcții de dezvoltare ale economiei forestiere în strînsă corelație cu protecția mediului înconjurător și utilizarea rațională a apelor.

Prof. dr. docent **Emil G. NEGULESCU**
membru al Academiei de științe agricole și silvice



NE HRÁŇIM



DAR CUM?

— Despre alimentație se scrie și se vorbește în ultimul timp deosebit de mult. Nu se vorbește cumva prea mult ?

— Nu. Alimentația este o problemă importantă pentru omenire, ca și pentru fiecare individ uman în parte. Alimentația potrivită menținerii sănătății a constituit o preocupare multimilenară a medicinei ; răspunsurile științifice la întrebările, vechi, referitoare la acest subiect sînt recente, opera unui secol de cercetări asidui. Să ne gîndim — pentru ilustrarea celor afirmate — că noțiunea de „vitamină” este un produs al secolului nostru. Dar dacă fiziologii și biochimistii au lămurit, în mare măsură, mecanismele nutriției și nevoile materiale de hrană, mai este loc pentru o cercetare sistematică privitoare la aspectele psihologice, sociale, spirituale etc. ale actelor alimentare.

— Ar fi, așadar, binevenită o nouă știință sau o știință înnoită asupra acestui sector al vieții umane ?

— Se simte necesitatea unei mai bune legături între disciplinele care se ocupă de aceste teme,

ȘTIINȚA COMPORTAMENTULUI ALIMENTAR

unei sistematizări dintr-o perspectivă mai largă, cu accentul pe notele specifice umane. Într-o astfel de sistematizare, locul central revine actului comportamental uman, actul concret cu diversele sale semnificații. Ascultînd expunerile unui fiziolog, vom învăța despre rolul plastic și energetic al alimentelor, despre funcția catalitică pe care o exercită vitaminele etc. ; dar rareori ni se va spune (ceea ce știe fiecare din propria experiență) că alimentele au și o funcție psihologică, iar actul alimentar are nenumărate implicații sociale. Omul nu „îngeră” glucide, lipide, protide, vitamine etc., ci „consumă” rezultate ale muncii sale ingenioase, ale civilizației agrozootehnice, ale industriei alimentare și gastronomiei. El mănîncă preparate culinare ; mai exact, „servește masa”. Ingestia nu este un act automat, de import a unei materii disponibile în orice cantitate, cum ar fi inspirarea aerului, ci punctul terminus al unei activități sociale și psi-

hice, cu modele culturale și preferințe subiective. Ea se desfășoară după reguli și norme dictate de contextul social.

— Sugați că, deși unele științe se ocupă intens de alimentație, există „goluri” de preocupare care solicită cercetări ?

— Științele respective se grupează spre doi poli. Unul este cel al fiziologiei și biochimiei, unde se discută în termeni de digestie și metabolism ; disciplinele medicale corespondente sînt gastroenterologia, endocrinologia, igiena alimentară etc. Celălalt, al etnografiei, avînd drept obiect tehnicile de procurare și preparare a alimentelor și regulile de consumare a lor. Există o disproporție între datele grupate spre acești poli. În limba română, de exemplu, s-au tipărit mult mai multe lucrări de fiziologie, patologie, igienă ș.a.m.d. decît de etnografie (inclusiv „cărțile de bucate”), iar în lucrările de etnografia poporului român capitolul „alimentație” este printre cele mai reduse ca volum. Dar mai trebuie să facem o observație : etnologii se interesează mult de credințele populare referitoare la alimente, mai puțin de modul concret de comportare. O ilustrare ar fi cele patru tomuri despre **Crud și copt**, lucrare a lui Claude Lévi-Strauss, binecunoscutul profesor la „Collège de France”. Între cei doi poli se întinde vastul teritoriu al „pîinii noastre cea de toate zilele”, cu comportament variabil în timp și în spațiu, aducător de bucurii, dar și de necazuri : obiceiurile sanogene și patogene.

— Ce se înțelege prin „comportament alimentar” ?

— Ansamblul de acțiuni și reacții, avînd aspecte sau consecințe ce pot fi observate și înregistrate obiectiv. Comportarea este „purtare” și presupune motivații ; la om presupune recomandări, norme, învățare și dezvățare.

— Cum apare legătura între științele naturii și științele umane în noua perspectivă pe care o propuneți ?

— Omul își satisface nevoile fiziologice prin mijlocirea unor acte de civilizație și cultură, după „modele” culturale, cu validare și sancțiune socială. Totodată, însă, omul își împletește pas cu pas nevoile „arhaice”, fiziologice, cu nevoi care sînt produsul vieții social-culturale, în evoluție istorică. Pînă la urmă, dorințele și preferințele exprimă sisteme de valori (o axiologie). Foamea ține mai mult de fiziologie ; „pofta” și „gusturile” țin mai mult de psihologia socială, ele reflectă influențele cultural-istorice și experiența biografică. Gusturile se învață și se dezvăță.

Comportamentul alimentar se învață aproape în totalitate. Înnăscut este comportamentul de supt

al nou-născutului, dar și imensa capacitate de a învăța. Omul învață atât prin mecanisme biologice comune și animalelor, cum ar fi reflexele condiționate (învățare pe care o numesc diabolică) cât și prin mecanisme specifice lui Homo sapiens (învățare care s-a numit dianoetică) de exemplu, argumentația. Dacă paginile de față vor convinge vreun cititor, aceasta se va datora mecanismelor dianoetice.

Împietirea (aș zice dialectica) factorilor biologici și social-culturali în viața concretă umană este problema centrală de studiu a antropologiei. Nu numai medicina curativă și profilactică, ci și pedagogia pot fi considerate — până la un punct — drept ramuri aplicative ale antropologiei. Iată de ce comportamentul alimentar este, actualmente, în „obiectivul” antropologilor din întreaga lume.

— Știința despre care discutăm încearcă o abordare sintetică acolo unde, în mod curent, lucrează spiritele (și disciplinele) analitice ?

— Dacă vreți, încercăm o abordare, interdisciplinară. Totodată, domeniul este potrivit pentru introducerea altor perspective actuale, specifice științelor contemporane: cibernetica, științele informației, semiotica etc. Fiziologia alimentației se ocupă în primul rând de aspectele substanțial și energetic al alimentelor; dar mai există un aspect informațional, de semnal, simbol și semn. Experiența cotidiană, exprimată în zicale, figuri de stil sau gesturi simbolice nu-l ignoră. Astfel, „ne lasă gura apă”, îl primim pe cineva „cu pîine și sare” sau spunem deseori ironic „are în mîinile sale pîinea și cuțitul”...

— Care sînt legăturile științei comportamentului alimentar cu principiile alimentației raționale ?

— Dintre înțelesurile multiple ale cuvîntului „rațional” pe care ni le indică dicționarul, îl alegem pe cel pentru care „rațional” înseamnă potrivirea mijloacelor la scop. Evident că numai datele științifice pot fundamenta o astfel de potrivire. În vorbirea curentă, „alimentația rațională” presupune obiectivul menținerii sănătății în general. O astfel de limitare a înțelesului nu este justificată. „Alimentația rațională” este, în fond, dietetica, și ea poate urmări obiective terapeutice, profilactice și formative (de exemplu, dietetica specială a sportivilor sau a celor ce vor să dobîndească un aspect corporal armonios, ori regimul strict urmărește educarea stăpînirii de sine). Omul nu este doar corp, el „are” un corp de care poate fi mulțumit sau nemulțumit. Asemenea „atitudini față de propria ființă” și „atitudini față

de propria atitudine” sînt performanțe specifice umane.

— În mod concret, ce acte sau gesturi umane participă la comportamentul alimentar ?

— Fiziologul ar fi inclinat să se limiteze la prehensiunea alimentelor, la introducerea lor în gură, la masticaj, la deglutiție etc. Psihologul ar introduce căutarea alimentelor, alegerea, contextul și ambianța, plăcerea din timpul mîncării ș.a.m.d. Din punctul nostru de vedere, este necesar să înglobăm în comportamentul alimentar manipularea obiectelor artificiale care slujesc la alimentație (nu numai tacîmurile!), ca și comportamentele care au drept obiectiv întreținerea și corectarea deficiențelor aparatului alimentar: deci și spălătul pe dinți sau asistența stomatologică...

— Care este sfera bolilor produse prin comportament alimentar defectuos ?

— N-aș vrea decît să amintesc faptul că multe boli (nu numai obezitatea!) țin de o alimentare nepotrivită. Orice manual de boli de nutriție cuprinde zeci de exemplificări pentru teza influențării funcției tuturor organelor prin hrană. Și acțiunea medicamentelor depinde de „contextul” alimentar. Mă voi referi însă la caracterul învățat al comportamentului alimentar: există boli prin obiceiuri deficitare (adică prin absența unor obiceiuri utile) și prin obiceiuri defectuoase, dăunătoare. Un ritm adecvat al meselor, un tempo potrivit al masticajului și înghițirii nu se „învăță” nicăieri. Recomandările tradiționale referitoare la mîncare privesc aspecte de „eleganță a manierei” și nu aspecte de interes medical, nici măcar aspectele importante pentru „arta de a trăi”...

— Din întrebări și răspunsuri ar rezulta că medicina acordă o însemnătate tot mai mare aspectelor comportamentale, căutînd să explicitizeze și să detalieze ceea ce, de obicei, era lăsat pe seama „bunului simț” ?

— Orientarea medicinei contemporane spre aspectele psihologice, sociologice, culturale se cere subliniată și promovată. Ea coexistă cu marile succese ale cercetării medico-biologice, dar condiționează valorificarea lor practică. Aș încheia propunînd un termen general pentru bolile generate de obiceiuri, de „învățare” (sau „neînvățare”), în sensul cel mai larg al acestui cuvînt. Prin analogie cu termenul „iatrogen” (= generat prin acțiunea medicală), aș sugera pe cel de „paidogen (de la elinul „paideia”, care este la originea cuvîntului „pedagogie”).

Dialog cu mine însumi
dr. docent Victor SĂHLEANU

Efectul pozitiv al substanțelor de balast

Toate legumele și fructele conțin, pe lângă substanțe nutritive, diferite componente ale pereților celulelor vegetale, pentru care tubul digestiv al omului nu are echipamentul enzimatic necesar digestiei. Aceste substanțe, compuse din celuloze, hemiceluloze și lignină, care dau consistența specifică alimentelor vegetale, s-au numit „de balast”, pentru că încarcă tubul digestiv fără să aibă valoare nutritivă, din moment ce nu se resorb în sine. În literatura medicală anglo-saxonă se numesc „fibre”, deși structura lor nu este obligatoriu fibrilară.

Până de curând li se recunoștea numai rolul de a stimula, prin desinderea peristaltică (mișcările ondulatorii) a tubului digestiv, ceea ce are o acțiune laxativă. Efectiv cei care consumă legume și fructe din abundență au un tranzit intestinal regulat și nu suferă de constipație, cauză a unor afecțiuni frecvente (hemoroizi, colite), care deschid drumul către unele complicații pe care măsurile dietetice le corectează mai greu.

Pe lângă substanțele de balast din alimentele vegetale colorate, făina integrală și târița de grâu conțin, de asemenea, cantități importante de „fibre”, al căror efect asupra tranzitului intestinal este comparabil cu cel al legumelor și fructelor. Or, în prezent, preferințele publicului se manifestă aproape exclusiv spre preparatele din făină cu extracție mică, în care substanțele de balast din învelișul bobului de grâu au fost complet îndepărtate. Făina albă poate fi considerată aproape în întregime compusă din amidon și gluten, fără celuloză, iar piinea albă, biscuiții, orezul decorticat și grișul sînt cunoscute ca alimente de digestie integrală, care, deci, nu

lasă în intestin nici un balast. De aici efectul lor „constipant”.

Relativ recent s-au atribuit substanțelor de balast și alte efecte favorabile pentru sănătate. Îndelungata evoluție a omului, eșalonată de-a lungul a 3 sau 4 milioane de ani, a dus la apariția unui prototip *Homo sapiens*, a cărui adaptare la mediul natural, adică la alimentație, era aproape perfectă. Revoluția industrială, specifică secolului al XIX-lea și continuată în prezent, a avut urmări și asupra alimentației. Ceea ce reprezenta un mod conservator de a se hrăni timp de sute de mii de ani cu alimente naturale, puțin concentrate, în gamă limitată, prelucrate domestic, s-a schimbat, am putea spune brusc, în decurs de un secol. De exemplu, în urmă cu 100 de ani în țara noastră, ca și în numeroase țări din Europa consumul de zahăr și bomboane era cu totul excepțional în mediul rural, uleiurile vegetale extrase din semințe oleaginoase erau necunoscute, piinea albă, paste făinoase și produsele de patiserie erau practic absente de pe masa locuitorilor satelor, care reprezentau de departe majoritatea populației țării.

În prezent se înregistrează o abundență a derivatelor rafinate de cereale, a zahărului, produselor zaharoase și a grăsimilor alimentare cu conținut de 80—90 la sută material nutritiv, paralel cu o diminuare a consumului de legume și fructe, adică a aportului de substanțe de balast, așa-numitele „fibre alimentare”.

O primă consecință evidentă o reprezintă frecvența din ce în ce mai mare a persoanelor cu un surplus ponderal excesiv, constituit din grăsime de depozit. Com-



baterea obezității se impune cu atât mai mult cu cât în timp ce în mentalitatea profană obezitatea modernă este considerată încă un semn de prosperitate și de sănătate înfloritoare, în realitate toate statisticile arată o creștere a mortalității la persoanele chiar cu exces ponderal moderat.

Predilecția pentru alimente rafinate și pentru concentratele industriale favorizează, prin înlăturarea substanțelor de balast, un consum caloric excesiv. Este sigur că 50 g de zahăr și 200 g de piine albă (în total circa 760 de calorii) pot fi consumate fără ca abdomenul să se destindă, dar acestea sînt rapid digerate și provoacă o



senzație pasageră de sațietate moderată. Aceleași calorii, provenite însă din alimente naturale sau puțin prelucrate, de exemplu, 200 g de cartofi, 200 g de mazăre, 250 ml de lapte și 100 g de piine neagră creează o stare de sațietate durabilă, grație distensiei tubului digestiv și unei digestii prelungite, iar abuzul caloric este excepțional.

Motive încă insuficient elucidate conferă fibrelor alimentare proprietatea de a reduce pericolul unei concentrații de colesterol mai mare de 300 ml la 100 ml de plasmă. Explicația? Fibrele ar interveni în diminuarea resorbției digestive de săruri biliare din intestin, ceea ce ar favoriza, la nivelul ficatului, o degradare mai

activă a colesterolului în acizi biliari. Scăderea colesterolemiei protejează tunică internă a arterelor de constituirea cunoscutului „aterom“, placă de natură lipidică, ce deschide calea leziunilor degenerative în inimă, creier și rinichi, organe cu mare consum de oxigen. Infarctul de miocard, hemoragia cerebrală, hipertensiunea arterială, atât de frecvente astăzi, apar astfel ca niște consecințe mai mult sau mai puțin directe ale absenței fibrelor vegetale din alimentația omului modern.

Studii statistice comparate au arătat că la populațiile primitive, cu un consum mare de fibre, cancerul intestinal este extrem de rar, în timp ce în rîndul populațiilor cu un standard ridicat de viață, această boală este incomparabil mai frecventă. Diferența pare să se explice însă nu numai prin lipsa de fibre din alimentație, ci și printr-un consum mai mare de grăsimi, care induc anumite modificări ale florei microbiene intestinale cu degradare viciată a acizilor biliari, posibil în substanțe carcinogenetice. Caracterul prelungit al acestor substanțe cu pereții intestinului gros, unde conținutul colic se concentrează prin resorbția apei, expune acest segment al tubului digestiv la apariția tumorilor maligne. O alimentație bogată în balast vegetal accelerează tranzitul intestinal și reține apa în intestin, opunîndu-se astfel atât modificărilor florei intestinale cât și stazei prelungite la nivelul colonului a produșilor de degradare ai acizilor biliari.

Pericolul pentru sănătate al unor caracteristici ale alimentației moderne, care surprind și depășesc capacitățile de adaptare, în mod obiectiv limitate ale organismului uman, rezultă clar din faptul că omul nu a fost înzestrat cu mijloace speciale pentru a dispune, fără dereglări funcționale, de o mare și repetată cantitate de calorii provenind din grăsimi și zaharuri, sub forma unor alimente purificate industrial prin îndepărtarea substanțelor de balast naturale. Niciodată, pînă în ultimul secol, omul nu a venit în contact zilnic cu o asemenea abundență de produse rafinate. Substanțele de balast își au rolul lor, multiplu și amplu probat. De aceea, un consum zilnic de piine intermediară sau integrală, de fructe și legume constituie, alături de albuminele indispensabile omului, nu numai factori nutritivi, ci și de prevenire a multor boli care în prezent înregistrează o frecvență crescîndă.

Doctor în științe medicale
Dan SDROBICI

Multă vreme s-a considerat că mucegăirea alimentelor este dăunătoare prin degradarea calităților senzoriale ale produselor respective (modificarea gustului, aspectului, mirosului), determinând astfel pagube economice prin neconsumarea lor. Se mai cunoaște că alterarea datorită mucegaiurilor produce substanțe iritante pentru tubul digestiv și chiar cu efecte toxice generale, dar nu li s-a acordat prea multă atenție, deoarece cazurile de îmbolnăviri la om și la animal erau rare.

Această atitudine față de alimentele mucegăite s-a schimbat însă radical de aproape două decenii, când a apărut în multe ferme de păsări din Anglia o boală aparent nouă, care în câteva luni a decimat mai mult de 100 000 de pui. La început s-a crezut că este vorba de o maladie infecțioasă, dar cercetări întreprinse de medici veterinari, biologi, chimiști, microbiologi și alți oameni de știință au dus la concluzia că boala a fost provocată de prezența în hrana păsărilor a făinii de arahide, importată mucegăită, din țări cu climat umez și cald. Deoarece mucegaiul izolat din făina de arahide era un *Aspergillus flavus*, substanță toxică extrasă și purificată, a fost numită aflatoxină. La scurt timp s-a constatat că, de fapt, sub această denumire se includ mai multe substanțe asemănătoare ca structură, dar cu o fluorescență diferită în lumina ultravioletă. În funcție de această particularitate au fost diferențiate aflatoxinele B₁, B₂, G₁ și G₂, iar ulterior în laptele animalelor furajate cu produse mucegăite, aflatoxinele M₁ și M₂.

Cercetările au continuat cu febrilitate în toate țările, iar în cițiva ani s-a constatat că și alte genuri și specii de mucegaiuri sînt capabile să producă substanțe cu efecte toxice. Se estimează că din circa 2 000 specii de micete cunoscute as-

tăzi, aproximativ 220 pot produce metaboliți nocivi, numiți generic micotoxine. Astfel, în afară de aflatoxine s-au mai izolat alte micotoxine, cum sînt ochratoxina, luteoschirina, patulina, sterigmatocistina, rubratoxina, citroviridina, sporidesmina, rugulozina, zearalenona, islandotoxina, fusariotoxinele ș.a.

Interesul față de acești metaboliți fungici a fost determinat de nocivitatea manifestată de mulți dintre ei. În numeroase experiențe pe animale s-a constatat că doze foarte mici de aflatoxine, administrate repetat, duc la apariția unor tumori maligne și la hepatite cronice cirogene, la animalele tinere mai mult decît la cele adulte. As-

dului de nocivitate. Astfel, în afară de acțiunea cancerigenă și hepatotoxică s-au descris și alte efecte patologice (leziuni renale, mutații genetice cu apariția de malformații, inhibarea formării hematiilor și leucocitelor, precum și a sintezei proteinelor cu slăbire pînă la cașexie, tulburări de coagulare a sîngelui, efecte histaminice, estrogenice, neurotoxice și altele).

Dar nu orice aliment mucegăit conține micotoxine, chiar speciile de mucegaiuri toxigene sintetizînd metabolitul numai în anumite condiții de temperatură, umiditate și substrat; cu alte cuvinte, mucegaiul respectiv se poate dezvolta fără a secreta substanța toxică. Sînt dealtfel și specii de mucegaiuri verificate ca netoxigene (cele care se dezvoltă pe brînzeturile maturate de tip Camembert sau Roquefort și pe salamurile uscate tip salam de iarnă). Alimentele cele mai propice pentru elaborarea micotoxinelor sînt cele de natură vegetală, iar dintre acestea în primul rînd semințele, făinurile și preparatele din făinuri de cereale și leguminoase. Metaboliții toxici pot fi însă prezenți și în produsele de origine animală, ca rezultat al mucegăirii acestora sau al consumării de către animalul respectiv a unor furaje sau concentrate contaminate.

Întrucît majoritatea micotoxinelor sînt rezistente la tratamentul termic, pregătirea industrială sau culinară a alimentelor nu le distruge sau îndepărtează decît parțial. De aceea, cea mai eficientă de a preveni micototoxicozele la animale și la om constă în evitarea mucegăirii alimentelor și limitarea la maximum a consumării de produse mucegăite prin păstrarea lor în spații calde, închise, umeze și neaerisite.

Conf. dr.
Sebastian DUMITRACHE

MICOTOXINELE POT FI EVITATE

tăzi, aflatoxina B₁ este considerată cea mai cancerigenă substanță cunoscută, întrecînd efectele unor reputeate oncogene, cum sînt 3.4 — benzopirenul și alte hidrocarburi policiclice, fapt ce a determinat Conferința internațională asupra aditivilor și contaminanților alimentari, organizată în anul 1973 la Geneva de către O.M.S., să includă pe lista problemelor prioritară depistarea și studierea aflatoxinelor și a altor micotoxine.

Cu o structură chimică diferită, este de așteptat ca micotoxinele să nu se comporte asemănător din punct de vedere al modului de acțiune și al gra-

În fructiera familiei

Încercînd să vă prezentăm „biografiile” a 12 dintre fructele caracteristice țării noastre, am urmărit să subliniem calitatea lor și necesitatea de a vă preocupa să nu absenteze din meniurile dv. și din fructiera familiei mai ales în perioadele cînd se găsesc din belșug.

Căpsunile, printre primele fructe ale primăverii, asigură necesarul zilnic de vitamina C pentru adulții cu activitate predominant sedentară. Bogate în apă (85—90 la sută), conținînd zaharuri (5—10 g la sută), acizi organici, — citric, malic, salicilic, tanic (1,2—1,8 la sută) și mici cantități de proteine, 100 g de căpsuni furnizează 30—45 de calorii, iar 1 000 g o cantitate egală de baze (alcali) cît există în 9 g de bicarbonat, fără a exercita o acțiune iritantă asupra mucoasei gastrice. Sărace în sodiu (2 mg la sută) și calciu, dar bogate în potasiu (150—180 mg la sută), căpsunile au o acțiune diuretică și concură la mineralizarea scheletului atît prin efectul alcalinizant cît și prin aportul de săruri minerale.

Căpsunile combat constipația atonă, tendința la diaree, normalizează tranzitul intestinal și au efecte fermentative și antiputride, dînd bune rezultate în terapia colitelor cronice. Cura de căpsuni este recomandată suferinzilor de reumatism cronic, gută, litiază renală, nefrită cronică, insuficiență cronică a ficatului, obezitate și diabet. Nu se va depăși cantitatea de 500—700 g/zi (în 2—3 porții) decît de către obezi, care vor consuma 2—2,5 kg/zi timp de 3—4 zile în porții de 350—400 g.

Cireșele, vișniile, căsele apar în lunile mai-iunie, sînt bogate în apă (75—89 la sută), au o valoare calorică redusă și o cantitate mică de vitamina C (3—14 mg la sută cireșele și vișniile și 30 mg la sută căsele) și de zaharuri (8—17 g la sută la cireșe, 6—14 g la sută la vișine și 8—15 g la sută la căsele). Bogate în acizi organici (citric, tartric și malic), ultimul predominînd în toate aceste fructe, ele conțin și substanțe tanante care explică gustul acru — indeosebi la vișine — și brunificarea fructelor.

Prin conținutul în diferiți pigmenți, uleiuri eterice, acizi organici și tanin, precum și prin suculența, cireșele, vișniile și căsele stimulează secreția gastrică, sînt ușor digerabile și contribuie la regularizarea tranzitului intestinal.

Vișniile, dar mai ales căsele, se includ în dieta bolnavilor cu afecțiuni hepatice, renale (nefrită, litiază, uremie), cardiovasculare, boli infecțioase acute. Vișniile sînt bine tolerate de bolnavi cu diabet zaharat, ateroscleroză, hipertensiune arterială, edeme cu retenție de apă.

„Ziua potasică” (de descărcare), recomandată cardiopacilor, se realizează cu me-niu compus din 500 g calse uscate și imulate în puțină apă (în total circa 1 300 de calorii), împărțite în 5 porții egale.

Piersicile, originare din China, unde cu multe milenii înaintea erei noastre au fost fructele unui arbore sălbatic, prin culoarea, gustul și aroma sînt considerate printre cele mai plăcute fructe din perioada iunie—septembrie. Gustul și savoarea lor se datorează faptului că, spre deosebire de alte fructe, cea mai mare parte din zaharurile, acizii, sărurile și vitaminele solubile în apă pe care le conțin se găsesc în spațiile vasculare și cînd se mușcă din piersică gura se umple cu o zeamă care, datorită conținutului în dioxid de carbon, exercită asupra simțurilor olfactiv-gustative o senzație plăcută, răcoritoare.

În ce privește conținutul, din cele 30 la 250 g (cît cîntărește o piersică), zaharurile reprezintă între 6,38 și 14,71 la sută, vitamina C între 5 și 23 mg la sută, provitamina A între 0,07 și 0,88 mg la sută, iar în procente mult mai mici diferitele alte substanțe pectice, proteice, celuloză și cenușă. La maturare pulpa conține cantități importante de oxid de potasiu (52—55 la sută), oxid de fosfor (10—15 la sută), trioxid de sulf (1,8—2,4 la sută), oxid de calciu (1—3,5 la sută), oxid de sodiu (1,5—6,8 la sută).

Fructele de pădure (fragi, zmeură, afine, mure) reprezintă o utilă sursă de vitamină C pentru locuitorii regiunilor de munte, deși procentul ei este redus (8—15 mg la sută la mure, 40—60 mg la sută la fragi, 20—30 mg la sută la zmeură). Prin acțiunea lor alcalinizantă, fructele de pădure măresc rezistența organismului la oboseală, deși calciul este în cantități relativ mici 20—30 mg la sută), fiind la paritate cu fosforul, se absoarbe ușor și au un efect mineralizant.

Valoarea energetică a fructelor de pădure este de 30—40 calorii la 100 g și se datorează conținutului în glucide cu moleculă mică (6—8 g la sută) și acizi organici (1—1,6 g la sută). Bogate în apă (80—88 la sută), aceste fructe se digeră ușor, iar datorită acidității și conținutului în material fibros ele stimulează peristaltismul intestinal și ajung repede în colon. Prin conținutul în substanțe tanante (0,15—0,50 g la sută), fructele de pădure, deși sînt bogate în material fibros, sînt totuși astringente, afinele fiind utilizate în combaterea diareei din colitele de putrefacție; consumate însă în cantități prea mari, datorită excesului de material fibros, pot accelera tranzitul intestinal.

Nucile se caracterizează prin sărăcia în apă (5—10 la sută), bogăția în proteine (13—17 la sută), dar mai ales în grăsimi (55—65 la sută), în funcție de gradul lor de uscare. Cea mai mare parte a grăsimilor din nuci este alcătuită din acizi grași nesaturați: oleic (10—15 la sută) și linoleic (40—45 la sută). Datorită bogăției nucleilor în acid linoleic, consumul lor nu contribuie la creșterea, ci la scăderea colesterolului. Datorită bogăției în grăsimi, miezul de nucă are o mare valoare calorică, în funcție de gradul de uscare (100 g miez de nucă furnizează între 550 și 670 de calorii), contribuind la îmbogățirea substanțială a dietei vegetarienilor, iar în cazul unei diete normocalorice mărește aportul de calorii peste nevoile organismului, generînd obezitate.

Nucile sînt bogate și în potasiu, fosfor, fier, calciu, magneziu, cupru, dar sărăce în sodiu. Miezul de nucă conține vitamina B₁ în concentrații egale cu cele existente în grîu (0,4—0,6 mg la sută) și în concentrații mai mici (0,13—0,15 mg la sută) vitamina B₆. Digestia nucleilor uscate este mai laborioasă decît a celor proaspete și a altor alimente, iar evacuarea din stomac se face într-un timp mai îndelungat.

Merele sînt fructe care au ocupat un loc important în cele mai vechi legende mitologice, basme și creații folclorice, confirmînd prețuirea de care s-au bucurat din partea omului din cele mai vechi timpuri. Prin diversitatea însușirilor organoleptice (culoare, aromă, gust) și a varietăților cultivate (peste 200), mărul reprezintă fructul cu cel mai bogat buchet de

stimuli vizuali, olfactivi și gustativi, prezentând importante avantaje nutriționale pentru om. În primul rând, constituie o importantă sursă de vitamină C în anotimpul rece, prin conținutul în acid ascorbic variabil de la un soi la altul, între 3 și 45 mg (de două ori mai mare în merele care au fost mai mult expuse la soare), mai mult în coajă și stratul imediat interior decât în centrul fructului. Deși sînt acrișoare, în compoziția merelor predomină elemente alcaline (sodiu, potasiu, calciu, magneziu), conferind acestor fructe un efect alcalizant, precum și calitatea de a contribui la evitarea tendinței spre acidoză.

Prin conținutul în oligoelemente (fier, mangan, cupru, zinc etc.), merele participă la stimularea activității mai multor enzime și a arderilor care stau la baza vieții, iar prin conținutul în zaharuri (glucide), care variază între 10 și 15 g la sută, merele reprezintă o importantă sursă de energie (40–60 de calorii la 100 g). Dar prin bogăția în fructoză (45–80 la sută) și proporția redusă de zahăr, același aport de glucide realizat prin mere este mai bine tolerat de diabetici.

Cu un puternic efect detergent, care explică influența pozitivă a acestor fructe în micșorarea incidenței cariei dentare, sînt recomandate a se consuma la sfîrșitul meselor. Relativ sărace în material fibros (aproximativ 1 g pectine și 0,8–1 g la sută celuloză), merele sînt bine tolerate de majoritatea consumatorilor, avînd un efect favorabil asupra tranzitului intestinal și consistența bolului fecal. Cu acțiune diuretică, merele sînt indicate în afecțiuni febrile, boli cardiovasculare, renale și după operații; micșorînd retenția de apă, sînt recomandate celor cu edeme, hipertensivilor și bolnavilor cu colite de putrefacție, cu constipație sau diaree.

Perele, fructe care prefațează anotimpul rece încă de la mijlocul lunii iulie, au fost cultivate, cu circa 4 000 de ani înaintea erei noastre în China, Iran și Irak. Perele timpurii (de vară) se pot consuma imediat după culegere fiind complet maturate, în timp ce cele tîrzii numai după 10–25 de zile de la culegere — în cazul celor de toamnă — și de 30 la 120 de zile în cazul perelor „de iarnă”. Durata de păstrare este variabilă în raport de soiul fructelor: cele de vară, de 3–5 zile, cele de toamnă de 10–15 zile, iar cele de iarnă 30–35 de zile. Prin consumarea a 100 g de pere, organismul mai beneficiază de 79–87 ml apă; 8–15 g zahăr; 1,2–4,1 g celuloză; 0,24–0,65 g substanțe pectice; 0,06–0,27 g substanțe tanolide; 0,17–0,71 g săruri minerale; 0,5–2 g zaharoză; 1,4–3,7 g glucoză; 5,8–9,3 g fructoză și chiar... grăsimi (0,4–0,5 g).

În ce privește conținutul în vitamine, de reținut prezența provitaminelor A, a vitaminelor B₁ și B₂, C, PP și a biotinei. De asemenea, perele pot fi considerate valoroase surse de săruri minerale: potasiu (130 mg), fosfor (9,25 mg), calciu (9–15 mg), magneziu (7–9 mg), sulf (7 mg), clor (4 mg), sodiu (2–3 mg), iar în cantități mai mici fier, mangan, cupru, arsenic, cobalt, nichel.

MEMORATOR DE DIETETICĂ

Prezentarea sintetică a caracterului alimentației în unele dintr-afecțiunile care reduc capacitatea de muncă a omului de azi are menirea să ofere „profilul” dietelor respective, dar să evidențieze și posibilitatea aplicării lor fără ca suferinzi respectivi să fie subnutriți.

Într-o oarecare măsură memoratorul pe care vi-l supunem atenției are și un rol profilactic, întrucît semnalează celor sănătoși alimentele dăunătoare sănătății. Între acestea, băuturile alcoolice, grăsimile animale, sarea, dulciurile, la care se adaugă fumatul, apar ca factori comuni cauzativi în majoritatea bolilor.

Înainte de a vă opri asupra datelor din paginile ce urmează, să rețineți: **cel mai precis regim dietetic îl stabilește medicul**, după o discuție amănunțită cu bolnavul și un studiu al rezultatelor recente ale analizelor și probelor funcționale. Nu există **dietă standard**, ci individualizată în funcție de vîrstă, sex, greutate ponderală și bolile asociate ale suferindului. **Eficiența dietei depinde de bolnav, de cei care îi pregătesc masa, de respectarea unui anumit regim de viață — echilibrat, ordonat, igienic — și a medicației.**



ALIMENTE

SE IMPUNE

AFECȚIUNI

	Interzise	Admise	Să se abandoneze	Moderație
Gastrită hiperacidă și ulcer	brinzeturi fermentate, brinză de burduf, lapte acru, iaurt, supe de carne grasă, ouă prăjite, carne de porc, gîscă, afumături, mezeluri, cîrnați, mititei, sosuri cu rîntaș, conserve, viscere (indeosebi creier), unt topit, untură, fasole, mazăre, linte, varză, ridichi, ceapă, usturoi, cacao, cafea, ciocolată, închețată.	lapte dulce, ceai (tei, măceșe); ape minerale (Borsec, Hebe, Biborțeni, Slănic-Moldova); zeamă de fructe (mere, pepene verde, struguri); piine albă (de o zi); carne slabă (rasol, tocături); pește de apă dulce, brinză de vaci, caș nesărat, urdă, ouă (moi, ochiuri românești, omletă în baie de apă), legume (fierite, pasate); salată verde, paste făinoase, mămăligă prăjită, unt, ulei, margarină (neprăjită), smîntînă dulce, supe de zarzavat pasat cu adaos de lapte, ulei, unt, smîntînă, ou (zdrențe), sosuri albe (cu zeamă de zarzavat și lapte).	fumatul, mesele la ore neregulate, discuțiile și ener-vările în timpul mesei, condimen-tele, băuturile al-coolice, cele reci sau alimentele fierbinți.	sare, zeamă de lămile (diluată cu apă); bullon (dulce).
Colecistită litiazică și nelitiazică (faza acută)	aceleași alimente ca mai sus.	ceai (chinezesc, de tei, mușetel); cafea de orz; supă de zarzavat pasat; suc de fructe nefermentat, zeamă de compot. Apoi lapte tăiat cu ceai; pireu de cartofi, piine prăjită; carne slabă (pasăre, vacă) rasol.	băuturile alcoolice, fumatul.	supe și pireuri de cartofi (în-grasă, favori-zează fermenta-ția).
Colecistită cronică (litiazică și nelitiazică)	idem	carne slabă de vacă (rasol, grătar), pește de apă dulce; lapte degresat (dulce și bătut); unt proaspăt, ulei; supe cu paste sau orez, fructe (crude, compot), le-gume (crude, fierte în aburi)	idem	idem
Hepatită cronică	sosuri, rîntașuri cu grăsimi prăjite, maloneză, conserve de carne și pește, mezeluri, brinzeturi fermentate, condimente, varză acră, fa-sole, mazăre, linte.	piine, griș, paste făinoase, aluaturi, orez; morcovi, dovlecei, cartofi, sfeclă roșie, ardei gras, salată verde, conopidă; fructe (crude, compot); carne (pa-săre, vită); pește proaspăt (rasol, grătar, perișoare); brinză de vaci, iaurt.	grăsimile anima-le, băuturile al-coolice, fumatul,	frișcă, sare (2-5 g/zi).
Ciroză hepatică	sosuri, rîntașuri, conserve de orice fel, telemea, caș-caval, murături, condimen-te, fasole, mazăre, castane, unt și margarină (sărute)	carne (vită, pasăre), rasol sau grătar, perișoare fier-te, chifteluțe fripte; lapte, brinză de vaci, caș, urdă; pește slab; omletă de albuș; mămăliguță (fără sare); sosuri albe, sufleuri și budinci, colțunași, papa-nași, tăiței; gelatine (de fructe și brinză de vaci); lapte degresat; sucuri de fructe, miere, sirop, gem, dulceată; fructe (crude, coapte, compot), legume (crude, pireuri), o lămile pe zi.	alcoolul sub orice formă, grăsimile animale, bicarbo-natul și sulfatul de sodiu	sare (1 g/zi).

ALIMENTE

SE IMPUNE

AFECȚIUNI

	Interzise	Admise	Să se abandoneze	Moderată
Litiază renală	se restringe consumul de ouă, cacao, fasole, mazăre (uscată), brinzeturi fermentate, ficat, pește gras, nuci, migdale.	lichide (pînă la 3 litri/zi); carne creier, pește; făinoase și derivate, unt, drojdie de bere.	băuturile alcoolice, abuzul de sare	sare
Litiază renală urică	se restringe consumul de viscere, (rinichi, ficat, splină), carne de vită tină, ră, cafea, cacao, ciocolată, ceai.	regim ovo-lacto-vegeto-fructurian.	fumatul, băuturile alcoolice.	
Insuficiență renală cronică	conserve de carne, mezeluri (excepție șunca proaspătă), vinat, pește de mare, brinzeturi fermentate, carne de miel sau vițel, viscere, murături.	apă, iaurt (250 g/zi), ceai, cafea (slabă), sucuri de fructe; salată verde, cartofi, sfeclă roșie, varză, conopidă, fasole verde, ștevie, spanac, roșii, castraveți, morcovi, pătrunjel; fructe (crude, coapte, fierte, glazate); miere, zahăr, bomboane; unt, ulei, smîntînă proaspătă, frișcă, sare (5-6 g/zi, cu excepția tendinței la edeme), zeamă de lămiie, oțet, suc de roșii.	băuturile alcoolice, condimentele.	pline, biscuiți, brînză de vaci, ouă, carne de vacă, pește, prăjituri de casă, budinci, alune, nuci, sare (cca. 1,5 g/zi, în caz de edeme).
H.T.A. oscilantă	cafea, cacao, ciocolată, ceai concentrat, vin, mezeluri, conserve, vinat.	legume, fructe, paste făinoase, orez, ulei de porumb.	băuturile alcoolice, fumatul.	carne, lactate, sare (4 g/zi), unt.
H.T.A. cu valori foarte mari	idem; în plus: brinzeturi sărate, supe de carne, gâlbenuș de ou	carne de vacă; cartofi, roșii, fasole verde; fructe; brînză de vaci, iaurt; biscuiți, orez, pline fără sare; albuș de ou (fiert sau în prăjituri).	sarea, condimentele, untul, murăturile, fumatul	dulciuri.
Ateroscleroză	supe cu ou sau smîntînă, unt, untură, brinzeturi grase, margarină, frișcă, sosuri grase, gâlbenuș, dulciuri concentrate.	ulei de porumb; brinzeturi proaspete și degresate; urdă, caș dulce, lapte dulce sau bătut, iaurt; carne slabă (fiartă, friptă); albuș de ou; legume, fructe (salate, sucuri); pline neagră, orez.	grăsimile, dulciurile, fumatul, cafeaua	pline albă, paste făinoase.
Insuficiență cardiacă	alimentele bogate în grăsimi, conservele, cafeaua, ceaiul, ciocolata, apele minerale (cloruro sau bicarbonatato-sodice)	carne slabă de vacă, pește slab; lapte bătut, iaurt, brînză de vaci; albuș de ou; dulciuri; fructe (crude, sucuri); legume.	băuturile alcoolice, sarea; condimentele, fumatul.	carne.
După infarct miocardic	prăjeli, sosuri cu rîntaș, pline caldă cu sare, supe de carne, condimente, prăjituri cu cremă și ouă, brinzeturi grase și sărate, ouă prăjite, varză acră, murături, maioneze, carne, (porc, gîscă, rață, vinat), pește gras, afumături, conserve; dulciuri concentrate.	lichide (în total pînă la 1 l/zi), lapte (simplu, cu surogat de cafea); lapte bătut; ceai (de măceș, mentă, coji de mere, cozi de cireșe); pline fără sare (de-a doua zi); supă (150 ml) de zarzavat cu orez, paste făinoase, de roșii; carne de vacă, pasăre (rasol, perișoare, chiftele fierte); pește slab (rasol); brînză de vaci, caș, urdă, iaurt; ulei; legume (crude, fierte); grîș, orez, paste făinoase, mămăligă prăjită; prăjituri fără bicarbonat de sodiu, aluat dospit; fructe, dulceață, peltea.	fumatul, sarea, băuturile alcoolice.	gâlbenuș de ou, varză dulce, muștar.

Modul de viață al omului contemporan are implicații cu mult mai complexe decît ne închipuim. Masticația grăbită și formală este de fapt un „sedentarism buco-dentar”, care favorizează dezvoltarea plăcii dentare, creșterea îngrijorătoare a cariei și parodontopatiei, reduce activitatea mușchilor masticatori. Dacă acceptăm ipoteza că parodontopatia și caria sînt „infarcte dentare”, putem afirma că primele accidente cardio-vasculare se manifestă în sfera buco-dentară. În mod sigur însă complicațiile cariei și parodontopatiei sînt focare septice alergice, cu răsunset patogen în sistemul cardio-vascular, digestiv, renal și articular. Faptul că omul contemporan trăiește într-o atmosferă poluată contribuie la reducerea expunerii sale la radiațiile ultraviolete, la scăderea procentului de vitamina D din organism, dar și la creșterea colesterolului, a stării de agitație și nervozitate. Frecvența copiilor limfatici, care respiră pe gură are repercusiuni asupra dezvoltării psihosomatice a tinerei generații. Consumul redus de oxigen, asfizia cronică, compensată parțial cu respirația bucală, determină o dezvoltare neproportională a al-

rile vasculare, asociate cu oncoza alveolară și traumele ocluzale determină în final parodontopatia esențială. Deci trebuie să combatem sedentarismul, asociind la mișcare gimnastica și hidroterapia aparatului buco-dentar. Dușul bucal sau periuța hidrolică reactivează circulația gingivală, calmează diferite jene dentare.

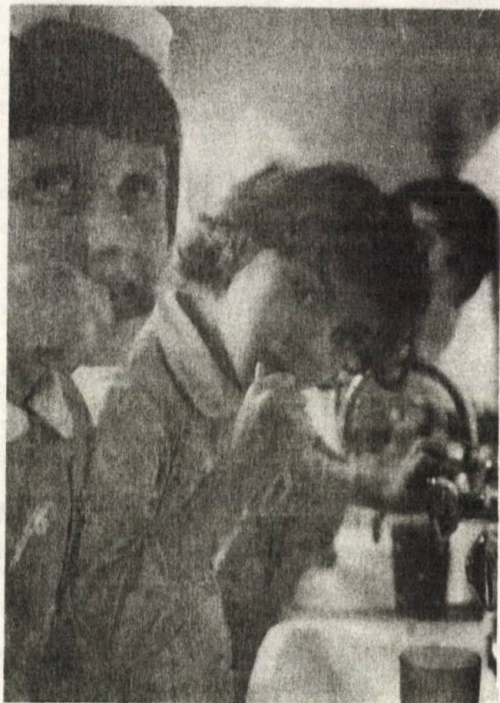
Marile centre urbanistice dispun astăzi de complexe de relaxare, unde, după orele de muncă, oamenii servesc masa de prînz și se destind. Un asemenea complex este la Tokio, încadrat cu personal sanitar bine pregătit, care îndrumă pe oaspeții stresați și obosiți să efectueze exerciții de gimnastică într-o atmosferă relaxantă, pe fondul unei muzici nezmotoase. În același timp se servește o masă rațională, meniul fiind însoțit de informații scrise pri-

Sănătatea dinților și alimentația

veolelor și o înclinare anormală a dinților, caracteristică în anomaliile dento-maxilare în cele 3 planuri spațiale.

Igiena alimentației este un element principal în profilaxia afecțiunilor buco-dentare. Printr-o alimentație rațională, realizîndu-se o dezvoltare somatică în limitele normalității, asigurîndu-se o autocurățire a dinților, o bună keratinizare gingivală și o masticație viguroasă ce satisface senzația de foame, urmată de o deconectare nervoasă. Tendința actuală de reducere a alimentației îndeosebi la adulți și vîrstnici trebuie văzută din punct de vedere al ocrotirii aparatului buco-dentar mai mult sub aspectul modului de preparare a alimentelor, al consistenței și conținutului lor în săruri, vitamine, trofine și anumiți acizi aminați.

Să nu uităm că stressurile determină prin hipotalamus și hipofiză inhibarea gonadotropilor, reducerea androsteronilor cu rol în dezvoltarea somatică și în troficitatea țesutului conjunctiv din care face parte și parodontul. De asemenea, datorită stressului psihic asociat cu sedentarismul, omul contemporan face o parodontopatie chiar dacă respectă igiena buco-dentară și alimentară. Tulbură-



vind conținutul în vitamine, hidrați de carbon, acizi aminați, grăsimi și săruri minerale.

În noul hotel ce urmează să se deschidă în București, pe Calea Victoriei, este prevăzut și un complex de hidroterapie și relaxare, dar ar fi util și un serviciu de stomatologie care să ofere vizitatorilor date privind alimentația și igiena buco-dentară, să efectueze detartraje, masaj gingivale și dușuri bucale.

Opinez că dezvoltarea unor astfel de complexe, dotate cu saună, piscină și restaurant, unde să se servească meniuri adecvate, întocmite după indicațiile unor medici specialiști, ar contribui la menținerea sănătății, creșterea capacității de creație a oamenilor, a productivității muncii și standardului de viață.

Prof. dr. Petru FIRU

breviar juridic

Una dintre cerințele importante ale societății noastre socialiste multi-lateral dezvoltate este ca fiecare cetățean să cunoască legile.

În dorința de a răspunde numeroaselor întrebări și sugestii ale cititorilor, breviarul juridic își propune o succintă prezentare a unor prevederi din actele normative în vigoare referitoare la ocrotirea sănătății și asistența socială.



Gratuitatea medicamentelor și a asistenței medicale : Persoanele încadrate în muncă, pensionarii, copiii până la vârsta de 16 ani, elevii, studenții, membrii și pensionarii C.A.P., membrii de familie ai oamenilor muncii și pensionarilor și alte categorii prevăzute expres de lege beneficiază de gratuitatea medicamentelor pe timpul internării în spital. Se acordă gratuitate la medicamente suferinșilor de anumite boli stabilite de Ministerul Sănătății, indiferent de categoria din care face parte bolnavul. În asistența medicală ambulatorie se acordă gratuitate la medicamente următoarelor categorii de bolnavi : copiii până la 16 ani, elevii și studenții, gravidele și lăuzele, pensionarii cu o pensie lunară de până la 350 de lei, pensionarii I.O.V.R., dependenții sociali, cei cu urgențe medico-chirurgicale.

CertIFICATELE DE CONCEDIU MEDICAL se eliberează persoanelor în incapacitate temporară de muncă, conform prevederilor art. 120 din Legea nr. 3/1978 și ale H.C.M. 880/1965 privind acordarea de ajutoare materiale în cadrul asigurărilor sociale de către unitatea sanitară care deservește personalul muncitor din unitatea socialistă respectivă. Certificatul medical cu o durată de până la 7 zile se eliberează de medicul de medicină generală de la dispensarul medical de circumscripție (teritorial) sau de la dispensarul policlinic la care este arondată unitatea socialistă. Prolungirea — la nevoie — a duratei concediului medical se face de către dispensarul policlinic (pentru cazurile ambulatorii) sau spital (pentru cazurile internate în unități sanitare care deservește unitatea socialistă în care muncește cel în cauză și unde acesta a fost îndrumat, cu bilet de trimitere, de către medicul de medicină generală care l-a eliberat primul certificat).

Concediile medicale care totalizează peste 90 de zile în ultimele 12 luni se acordă cu aprobarea comisiei județene (a sectorului din municipiul București) de expertiză medicală și recuperarea capacității de muncă.

Durata maximă a concediului medical pentru incapacitate temporară de muncă este de 180 de zile în ultimele 12 luni. În cazuri excepționale, care impun prelungirea acestei durate, Comisia centrală din cadrul Ministerului Sănătății și Ministerului Muncii aprobă prelungirea concediilor medicale cu încă cel mult 3 luni, la propunerea organelor medicale competente, în scopul recuperării bolnavului.

Pentru bolnavii de tuberculoză pulmonară propunerile de pensionare se fac după expirarea concediilor medicale cu durată de 12 luni acordate în ultimii doi ani. Pentru bolnavii de tuberculoză pulmonară sau de tuberculoză osteoarticulară care au fost operați, propunerile de pensionare se fac după expirarea concediilor de 18 luni acordate în ultimii doi ani. În caz de tuberculoză meningială, urogenitală și peritoneală se acordă concedii medicale de 12 luni cu drept de prelungire de către organele medicale competente, până la 18 luni acordate în ultimii doi ani. Pentru alte forme de tuberculoză extrapulmonară se acordă concedii medicale de 6 luni cu drept de prelungire până la 12 luni în decursul unei perioade de doi ani.

Pensionarea pentru pierderea capacității de muncă din cauza unui accident de muncă, unei boli profesionale sau în afara procesului de muncă se face în conformitate cu prevederile Legii nr. 3/1977 privind pensiile de asigurări sociale de stat și asistența socială.

Gradele de invaliditate se acordă în conformitate cu normele prevăzute de Decretul Consiliului de Stat nr. 215/1977 cu privire la încadrarea personalului muncitor în grupele I, II sau III de

muncă, modificate prin Decretul Consiliului de Stat nr. 216/1977 privind criteriile și normele de încadrare în grade de invaliditate.

Dacă incapacitatea temporară de muncă survine în timpul concediului de odihnă sau a concediului fără plată, ajutorul se acordă numai în următoarele situații: a) când bolnavul a fost internat într-o unitate sanitară; b) când a fost necesar să se acorde bolnavului un concediu medical mai mare de 7 zile (art. 2, alineatul 3 din H.C.M. nr. 880/1965); c) în cazuri de urgență medicală cu durata până la 3 zile unitatea sanitară care a asigurat urgența poate elibera o adeverință tip ambulator pentru această durată, pe baza căreia dispensarul care deservește unitatea socialistă unde muncește cel suferind verifică starea acestuia și eliberează certificatul de concediu medical; d) pentru îngrijirea copilului bolnav în vîrstă între 0 și 3 ani, dacă mama este în timpul muncii, poate primi conform dispozițiilor legale în vigoare certificat medical cu durata de până la 7 zile de la medicul de medicină generală sau cu durata de până la 14 zile de la medicul de specialitate de la unitatea sanitară pe raza căreia se află domiciliul mamei și care are în îngrijire copilul bolnav; e) dacă este necesară acordarea unui concediu medical de mai lungă durată, mama se internează cu copilul în spital.

Concediul medical prenatal se acordă de către medicul care a avut gravida în evidență, iar **concediul medical postnatal** de către medicul care a asistat gravida la naștere sau urmărește evoluția leuzei. Concediile pre și postnatal se pot compensa între ele, dar, ținînd seama de efectele dăunătoare ale nerespectării acestor concedii asupra dezvoltării normale a fătului, nu este indicat ca gravida să renunțe la concediul prenatal pentru a prelungi durata concediului postnatal.

Controlul medical la încadrarea în muncă și controlul medical periodic sînt obligatorii, conform prevederilor Codului Muncii și Normelor republicane de protecția muncii. Neprezentarea personalului muncitor la aceste controale medicale se sancționează cu amendă conform prevederilor legale în vigoare.

Modul în care se efectuează controlul medical la încadrarea în muncă, controlul medical periodic, examenele medicale de specialitate ce sînt necesare personalului muncitor în funcție de condițiile de muncă, precum și unele contraindicații pentru unele locuri de muncă sînt stabilite de Ministerul Sănătății.

Copilul născut în timpul căsătoriei, conform Codului familiei, are ca tată pe soțul mamei. Cu toate acestea, paternitatea poate fi tăgăduită, dacă este cu neputință ca soțul mamei să fie tatăl copilului. Acțiunea în tăgăduirea paternității poate fi pornită numai de soț și se prescrie în termen de șase luni de la data cînd tatăl a cunoscut nașterea copilului.

Copilul născut în afara căsătoriei poate fi recunoscut de tatăl său. Acțiunea în stabilirea paternității din afara căsătoriei aparține copilului și se pornește în numele acestuia de către mamă, chiar dacă este minoră, sau de reprezentantul legal al copilului. Acțiunea se prescrie prin trecerea unui an de la nașterea copilului.

Pauzele pentru alimentarea și îngrijirea copilului. În scopul asigurării condițiilor necesare creșterii și îngrijirii copiilor, unitățile socialiste sînt obligate să acorde femeilor angajate care alăptează pauze cu durata de 30 de minute în cursul programului de lucru, pentru alimentarea și îngrijirea sugarului, indiferent de modul de alimentare (naturală sau artificială) a acestuia. La cele 30 de minute ale fiecărei pauze se adaugă timpul necesar deplasării de la locul de muncă la cel unde se găsește copilul și înapoi, dacă nu se pot asigura condiții de alimentare a copilului în creșe aflate în incinta unității unde muncește mama. Pauzele se acordă la intervale de cel mult 3 ore, iar timpul total afectat lor, inclusiv deplasările, nu poate depăși 2 ore pe zi.

Pentru evitarea întreruperilor repetate ce se produc în procesul muncii, ca și a pierderilor mari de timp cu deplasările de la locul de muncă la locul unde se găsește copilul și înapoi, la cererea mamei, pauzele pentru alimentarea și îngrijirea copilului pot fi înlocuite cu reducerea cu 2 ore a programului normal (de 8 ore) de lucru.

În cazul femeilor care alăptează și lucrează în condiții de muncă grele sau vătămătoare sănătății, pentru care s-a stabilit durata zilei de muncă de 7 sau 6 ore, programul de lucru va fi redus cu o oră. Pauzele sau reducerea programului de lucru se acordă până la împlinirea de către copil a vârstei de 9 luni, dar pot fi prelungite până la împlinirea vârstei de 1 an în cazul copiilor prematuri, distrofici sau al celor care în urma recomandărilor medicale necesită îngrijiri deosebite. Pauzele și reducerea programului de lucru în scopul alimentării și îngrijirii copiilor se includ în timpul de muncă și nu au nici o consecință asupra retribuirii sau a altor drepturi materiale ale mamei angajate, aceasta primind retribuția tarifară integrală, precum și orice alte drepturi ce i se cuvin ca urmare a încadrării în muncă.

Spațiul locativ excedentar obținut pentru motive de boală: se obține conform prevederilor art. 7 alin. 3 din Legea nr. 5/1973 privind administrarea fondului locativ și reglementarea raporturilor dintre proprietari și chiriași, precum și ale art. 20 din H.C.M. nr. 860/1973. Au dreptul la o cameră în plus: orice persoană care suferă de una din bolile prevăzute în mod expres în anexa 1 la H.C.M. nr. 860/1973, marii mutilați și pensionari de invaliditate gradul I.

Certificatul medical care atestă afecțiunea pentru care bolnavul respectiv are dreptul la o cameră separată se eliberează de dispensarul policlinicii teritoriale, fiind semnat de medicul de specialitate și de medicul șef al policlinicii. Calitatea de pensionar de invaliditate gradul I se dovedește cu decizia de pensie.

Înregistrarea decesului se face conform prevederilor Decretului nr. 278/1960 cu privire la actele de stare civilă la consiliul popular de pe raza locului unde s-a produs, în temeiul unei declarații de înregistrare însoțită de certificatul constatator al decesului. Această declarație trebuie făcută în termen de trei zile de la data decesului de către persoana cu care a conviețuit defunctul sau — în lipsa acestuia — de membrii familiei acestuia, de cei care au fost de față la încetarea din viață, de colocatari sau vecini, de administratorul sau portarul imobilului unde s-a produs decesul. Dacă decesul se datorează unei cauze violente (sinucidere, accident etc.), declarația se face în 24 de ore.

În cazul în care corpul neînsuflit al decedatului nu este reclamat de familie, declarația de înregistrare se face de medicul care a încheiat procesul verbal constatator al decesului. În caz de moarte violentă, în certificatul constatator se menționează cauza decesului și se însoțește de o dovadă din partea miliției sau a procuraturii din care să rezulte că unul dintre aceste organe a fost sesizat despre deces.

Testamentul este un act juridic solemn, unilateral, revocabil și personal, prin care testatorul dispune cu titlu gratuit pentru momentul încetării sale din viață de toate sau numai de o parte din bunurile sale. Întrucât este un act solemn, testamentul trebuie făcut sub sancțiunea nulității, numai într-una din formele obișnuite prevăzute de Codul civil, și anume: **olograf**, adică scris în întregime, datat și semnat de testator (Codul civil, art. 859) sau **autentic**, adică făcut prin notariatul de stat (Codul civil, art. 860). O formă specială de testament este a depozitelor pe libretetele C.E.C.

Revocabilitatea testamentului este de esența acestuia. Testatorul poate revoca testamentul în mod expres fie declarând aceasta printr-un alt testament sau act autentic posterior, fie în mod tacit; prin testarea sau înstrăinarea ulterioară a aceluiași bun către o altă persoană. O revocare tacită este și distrugerea ulterioară materială a testamentului.

Valabilitatea testamentului este atâta timp cât se dovedește că persoana care l-a încheiat este capabilă sau că testamentul nu are vicii de consimțământ (eroare, lipsă de consimțământ etc.).

Testamentul conține în mod obișnuit **legate**, adică dispoziții privitoare la bunuri, care sînt: **universale, cu titlu universal sau particulare**.

Dreptul de a dispune cu titlu gratuit prin testament este limitat în favoarea unor categorii de moștenitori care au dreptul de a reclama și primi la decesul autorului testamentului o anumită porțiune din averea acestuia determinată de lege, denumită rezervă. Acești moștenitori, denumiți rezervatori, sînt: descendenții, ascendenții privilegiați (părinții), soțul (soția) supraviețuitor.

Cauzele de ineficacitate a dispozițiilor testamentare sînt: **revocarea** (de exemplu, un testament olograf este nul dacă nu este scris și datat de mîna testatorului), **caducitatea** (predecesul legatarului înaintea testatorului) și **nulitatea** (viciile de consimțământ).

Pensia de bătrînețe se calculează pe baza prevederilor art. 11 din Legea nr. 3/1977. Retribuția tarifară care se ia ca bază de calcul la stabilirea pensiei este media retribuțiilor tarifare lunare din 5 ani lucrați consecutiv, luați la alegere de viitorul pensionar din ultimii 10 ani de activitate.

Pensia pentru pierderea capacității de muncă din cauză de accident de muncă sau boli profesionale : Persoanele încadrate în muncă, care datorită unor accidente de muncă survenite în timpul îndeplinirii îndatoririlor de serviciu, ori datorită bolilor profesionale și-au pierdut, total sau în cea mai mare parte, capacitatea de muncă, primesc pensie pe timpul cât durează invaliditatea. De asemenea, primesc pensie persoanele care și-au pierdut total sau în cea mai mare parte capacitatea de muncă din cauza unei boli contractate în timpul în care erau încadrate în muncă, dacă invaliditatea stabilită este de gradul I sau II.

Gradele de invaliditate în muncă sînt următoarele : **gradul I** se acordă celor care au nevoie de îngrijire și supraveghere din partea altei persoane ; **gradul II** se acordă celor care au pierdut total sau în cea mai mare măsură capacitatea de muncă ; **gradul III** se acordă celor care și-au pierdut 50 la sută din capacitatea de muncă și lucrează jumătate din durata normală a programului de lucru.

Stabilirea pensiei de invaliditate ce se acordă persoanelor care și-au pierdut capacitatea de muncă prin accidente de muncă, boli profesionale sau alte boli contractate în timpul cât erau încadrate în muncă se face în raport de vechimea în muncă în procente invers proporționale cu mărimea retribuiției tarifare și a grupei de muncă. Pensia pentru gradul I de invaliditate se stabilește conform prevederilor art. 25 din Legea nr. 3/1977 ; pensia pentru gradul II de invaliditate este de 85 la sută din pensia corespunzătoare gradului I, iar pensia pentru gradul III de invaliditate este de pînă la 30 la sută din pensia corespunzătoare pentru gradul I de invaliditate.

Pentru fiecare an de vechime în muncă peste vechimea integrală se acordă un spor la pensie de 1 la sută pentru primii 5 ani și de 0,5 la sută pentru anii următori din retribuiția tarifară de calcul a pensiei.

Pensia pentru invaliditate de gradul III împreună cu retribuiția primită pentru munca depusă nu pot depăși pentru persoanele încadrate în grupa I de muncă 80 la sută, pentru persoanele încadrate în grupa a II-a de muncă 75 la sută, iar pentru cele încadrate în grupa a III-a de muncă 70 la sută din retribuiția avută la data stabilirii gradului de invaliditate, actualizată conform majorărilor pentru acea funcție. Persoanele încadrate în muncă, cu o vechime mai mică de 5 ani, care și-au pierdut total sau în cea mai mare parte capacitatea de muncă prin accidente de muncă, boli profesionale sau alte boli contractate în timpul cât erau încadrate în muncă, au dreptul la o pensie de 650 de lei pentru gradul I de invaliditate și de 520 de lei pentru gradul II. Pensionarii încadrați în gradul I de invaliditate primesc pe lîngă pensie și o sumă fixă pentru îngrijire de 300 de lei lunar.

Pensia pentru pierderea capacității de muncă în afara procesului de muncă : Persoanele încadrate în muncă dacă și-au pierdut total sau parțial capacitatea de muncă din cauza unor accidente produse în afara procesului de muncă beneficiază de pensie dacă invaliditatea este de gradul I, II sau III și au o vechime în muncă de cel puțin 5 ani. Pensia se calculează proporțional cu numărul anilor lucrați, stabilindu-se în procente invers proporționale cu retribuiția tarifară. Pentru fiecare an de vechime în muncă peste vechimea integrală se acordă un spor la pensie de 1 la sută pentru primii 5 ani și de 0,5 la sută pentru anii următori din retribuiția tarifară de calcul a pensiei. Pensionarii încadrați în gradul I de invaliditate primesc pe lîngă pensie și o sumă fixă de 300 lei lunar pentru îngrijire. Cuantumul pensiei pentru gradul II de invaliditate este de 85 la sută, iar pentru gradul III de pînă la 30 la sută din pensia corespunzătoare gradului I. Pensia de invaliditate de gradul III împreună cu retribuiția primită pentru munca depusă nu pot depăși 70 la sută din retribuiția avută la data stabilirii gradului de invaliditate, actualizată conform majorărilor pentru acea funcție.

Pentru recuperarea socio-profesională a personalului care a suferit accidente de muncă, a contractat boli profesionale sau din motive de sănătate nu mai poate lucra în condițiile avute anterior la locul de muncă ocupat, unitățile socialiste au obligația să încadreze acest personal în locuri de muncă mai ușoare, corespunzător capacității de muncă. Astfel, se va urmări ca muncitorii și maiștrii cuprinși în grupele I și II de muncă, care au o vechime minimă de 10 ani în aceste grupe de muncă, să fie încadrați în locurile de muncă la care să li se asigure o retribuiție de cel puțin 75 la sută pentru grupa I și 70 la sută pentru grupa a II-a din retribuiția în vigoare corespunzătoare funcției avute anterior pierderii capacității de muncă. Pentru o vechime de peste 15 ani, procentul este de 80 la sută la grupa I și de 75 la sută la grupa a II-a de muncă. În cazul în care nu este posibil să se asigure această retribuiție, diferența de pînă la 70, 75 sau 80 la sută se acordă din fondurile asigurărilor sociale de stat, incluzîndu-se în retribuiția tarifară.

Pensia de urmaș se acordă copiilor și soției, persoanei care la data decesului era pensionară sau îndeplinea condițiile pentru obținerea unei pensii.

Au dreptul la pensie copiii urmași pînă la vîrsta de 16 ani, iar dacă continuă studiile pînă la terminarea acestora, fără a depăși însă vîrsta de 25 de ani. Dacă înainte de a împlini vîrsta de 16 ani, copiii urmași au devenit invalizi de gradul I sau II, primesc după încetarea plății pensiei de urmaș, pe toată perioada invalidității, un ajutor de 350 de lei lunar pentru gradul I și de 300 de lei lunar pentru gradul II.

Soția are dreptul la pensia de urmaș pe tot timpul vieții dacă : a împlinit vîrsta de 55 de ani și a avut cel puțin 15 ani de căsătorie (dacă durata căsătoriei a fost de cel puțin 10 ani, pensia se acordă proporțional cu anii de căsătorie) ; a împlinit vîrsta de 50 de ani și a născut pînă la data decesului soțului mai mult de 4 copii, iar durata căsătoriei a fost de cel puțin 10 ani ; dacă indiferent de vîrstă și durata căsătoriei este invalidă de gradul I sau II ; dacă nu este încadrată în muncă la data decesului soțului și are în îngrijire unul sau mai mulți copii în vîrstă de pînă la 6 ani.

În cazul în care nu sînt îndeplinite condițiile menționate mai sus, soția primește pensia de urmaș numai pînă la încadrarea în muncă, dar nu mai mult de 6 luni de la data decesului soțului.

Cuantumul pensiei de urmaș se stabilește luîndu-se ca bază de calcul : pensia susținătorului decedat (dacă acesta era pensionar) ; pensia la care ar fi avut dreptul susținătorul pentru munca depusă și limita de vîrstă sau pentru invaliditate. Pensia de urmaș se stabilește în procente din pensia titularului decedat, astfel : 50 la sută pentru un singur urmaș, 75 la sută pentru doi urmași și 100 la sută pentru mai mulți urmași cu drept la această pensie.

În cazul copiilor orfani de ambii părinți, cuantumul pensiei de urmaș se stabilește luîndu-se ca bază de calcul : pînă la 3 copii pensia cea mai avantajoasă a unui singur părinte ; pentru 4 copii, pensia cea mai avantajoasă a unui părinte la care se adaugă 50 la sută din pensia celuilalt părinte ; pentru 5 sau mai mulți copii, pensiile cumulate ale ambilor părinți.

Plata pensiei de urmaș se suspendă pe timpul cît pensionarul urmaș este încadrat în muncă sau realizează venituri dintr-o activitate permanentă ca liber-profesionist sau mic-meseriaș cu atelier propriu ; cînd soția urmașă s-a căsătorit. Cînd unul dintre urmași pierde dreptul la pensie, ceilalți continuă să primească partea de pensie ce li s-a cuvenit pînă la acea dată.

Cumulul pensiei pentru limită de vîrstă cu salariul : În cazuri excepționale și cu aprobarea organelor prevăzute de lege, unitățile pot folosi pensionari numai pentru activități temporare sau pentru executarea unor lucrări. Sumele realizate din aceste activități cumulate cu pensia nu pot depăși nivelul retribuiției pe care pensionarul a avut-o la data pensionării, actualizată conform majorărilor retribuiției pentru acea funcție.

În situațiile în care încadrarea se face pe bază de contract de muncă în activități permanente, pensionarii vor primi numai drepturile cuvenite conform legii pentru munca prestată, plata pensiei suspendîndu-se pe această perioadă. Unitățile care încadrează pensionari sînt obligate să anunțe de îndată oficiile de asigurări sociale și pensii în vederea suspendării plății pensiei. Aceeași obligație revine și pensionarului respectiv.

Cumulul pensiei pentru invaliditate cu retribuiția : Pensia pentru invaliditate de gradul III cauzată de accident de muncă, boală profesională sau boală obișnuită, împreună cu retribuiția primită pentru munca depusă (pentru jumătate din durata normală a programului de lucru) nu pot depăși pentru persoanele încadrate următoarele procente din retribuiția avută la data stabilirii gradului de invaliditate, actualizată conform majorărilor pentru acea funcție : 80 la sută în grupa I ; 75 la sută în grupa a II-a ; 70 la sută în grupa a III-a.

În cazul invalidității cauzate de accidente produse în afara procesului de muncă, pensia pentru invaliditate de gradul III împreună cu retribuiția primită pentru munca depusă (jumătate din

durata normală a programului de lucru) nu pot depăși 70 la sută din retribuția avută la data stabilirii gradului de invaliditate, actualizată potrivit majorărilor pentru această funcție.

Trecerea dintr-un grad de invaliditate în altul : pensionarii încadrați în gradul I, II sau III de invaliditate sînt supuși revizuirii medicale, la intervale de 6—12 luni, la termenele fixate de comisiile de expertiză medicală și recuperare a capacității de muncă. Neprezentarea la revizuirea medicală periodică atrage suspendarea plății pensiei cu începere din luna următoare. Revizuirea medicală se face pînă la împlinirea vârstei de 60 de ani (bărbații) și 55 de ani (femeile).

Nu sînt supuși revizuirii medicale periodice pensionarii de invaliditate care prezintă invalidități ireversibile, precum și cei care au împlinit vîrsta de 60 de ani (bărbații) și 55 de ani (femeile).

Alocația de stat pentru copii se acordă, conform Decretului nr. 246/1977, copiilor în vîrstă de la 0 la 16 ani, aflați în îngrijirea familiei, lunar, în cuantumuri diferențiate în raport de numărul copiilor aflați în întreținerea familiei, venitul titularului alocației și mediul — urban sau rural — în care aceștia domiciliază. Persoanele care primesc alocația de stat pentru copii sînt obligate să o folosească în scopul îngrijirii copiilor. **Cuquantumul alocației de stat pentru copii** se modifică de cîte ori se schimbă numărul copiilor, veniturile titularului, mediul (urban sau rural) în care acesta domiciliază, precum și celelalte condiții în raport de care se acordă alocația. Alocația de stat pentru copii se acordă familiilor în care unul sau ambii părinți sînt : încadrați cu contract de muncă pe durată nedeterminată în unități socialiste de stat și altor persoane asimilate acestora : cadre militare permanente, elevi ai școlilor militare și ai instituțiilor militare de învățămînt superior ; militari în termen sau cu termen redus ; cadre didactice încadrate pe cîte un an școlar ; studenți la învățămîntul superior de zi și doctoranzi bursieri ; pensionari de asigurări sociale de stat, pensionarii militari și I.O.V.R. beneficiari de ajutor social. De asemenea, alocația de stat se acordă copiilor pensionari urmași care nu au depășit vîrsta de 16 ani ; copiilor care au contractat o invaliditate de gradul I sau II înainte de împlinirea vârstei de 16 ani primesc alocația pînă la împlinirea vârstei de 18 ani ; copiilor din căsătoria anterioară a unuia dintre soți, aflați în îngrijirea acestuia ; copiilor din afara căsătoriei (dacă au fost recunoscuți sau dacă li s-a stabilit filiația prin hotărîre judecătorească) ; copiilor înfiați și celor primiți spre creștere pe baza încredințării lor de organele competente, conform dispozițiilor legale.

În cazul părinților divorțați sau a copiilor din afara căsătoriei alocația se acordă părintelui ce are copilul în îngrijire.

Pentru persoanele nou încadrate în muncă alocația se acordă după 3 luni de la încadrarea cu contract de muncă pe durată nedeterminată. Persoanele cărora le-a încetat contractul de muncă din vîna lor, iar vechimea în muncă este întreruptă alocația de stat pentru copii se acordă numai după 3 luni de la data încadrării cu contract de muncă pe durată nedeterminată, iar pentru urmatoarele 6 luni cuantumul alocației se reduce cu 50 la sută.

Dacă desfacerea contractului este consecința reducerii de personal sau restrîngerii activității, iar în această perioadă persoana respectivă are dreptul la retribuție, aceasta beneficiază de alocație pînă la reîncadrarea în muncă, dar nu mai mult de 3 luni de la data desfacerii contractului de muncă.

La determinarea veniturilor în raport de care se stabilesc drepturile la alocația de stat pentru copii se iau în considerare : retribuția tarifară de încadrare sau de calcul (după caz), la care se adaugă și sumele realizate în condițiile legii din alte drepturi de retribuție ; retribuția tarifară, indiferent de venitul realizat (în cazul persoanelor care lucrează în acord) ; retribuția corespunzătoare programului întreg de lucru (pentru persoanele încadrate cu program redus de lucru) ; cuantumul pensiei sau al ajutorului social (în cazul pensionarilor).

Alocația de stat pentru copii nu se acordă următoarelor categorii de copii : elevi interni în școli unde au asigurată întreținerea ; cei care realizează venituri proprii fiind ucenici la locul de muncă sau încadrați în muncă cu respectarea dispozițiilor legale ; cei asistați în instituții de asistență socială, ai căror părinți nu au plătit integral costul întreținerii.

Alocația nu se acordă cumulativ cu bursa, deci trebuie să se opteze una dintre ele.

Drepturile la alocația de stat pentru copii se acordă numai la data stabilirii ei. În cazul plății alocației fără temei legal, pot fi urmărite sumele plătite pentru o perioadă de 12 luni. Dacă fapta care a determinat o astfel de plată este infracțiune, sumele se recuperează pe întreaga perioadă pentru care au fost plătite.

Ioan PRUNCU, jurist-șef, Ministerul Muncii
Bucur NANU și **Marian MANTA**, juriști, Ministerul Muncii

**IGIENA
ÎN
FAMILIE**
Prin:

Dero-Clar

Dero-Diamant

Dero-Iris



Un deziderat al tuturor timpurilor poate fi realizat astăzi ușor, rapid și sigur cu ajutorul detergenților.

Întreprinderea „Dero” din Ploiești, bine cunoscută pentru detergenții eficienți pe care îi produce, a lansat în circuitul economic în acest an doi valoroși detergenți lichizi :

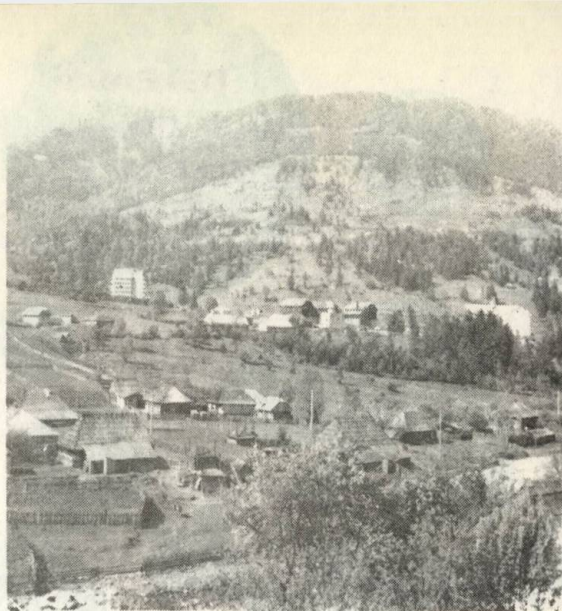
- **IRIS**, distins cu Premiul de popularitate la al IX-lea Tîrg de mostre de bunuri de consum (București, 1978), este indicat pentru spălări fine ale articolelor din lînă, mătase (naturală și artificială), fibre sintetice și amestecuri de fibre naturale și sintetice. Imprimă un tușeu plăcut țesăturilor spălate și protejează pielea.

- **CLAR**, cu un conținut în substanțe dezinfectante și emoliente care protejează pielea, este ideal pentru spălarea obiectelor de uz casnic din sticlă, lemn, faianță, porțelan etc. După clătire obiectele spălate cu **CLAR** capătă prospețime și un luciu deosebit.

În anul 1980 Întreprinderea „Dero” — Ploiești va oferi gospodinilor un nou produs util în menținerea igienei în familie :

- **DIAMANT**, detergent pentru spălarea perdelelor din țesături sintetice, realizat din materii prime indigene care asigură înlăturarea prafului, fumului și murdăriei.

ÎNTEPRINDEREA „DERO”, PLOIEȘTI
BD. REPUBLICII NR. 291, TELEFON 3.15.28 și 3.28.38



Borșa, o stațiune în plină dezvoltare

În extrasezon

**O CURĂ BALNEARĂ EFICIENTĂ,
UN CONCEDIU PLĂCUT
VĂ ASIGURĂ
OFICIILE JUDEȚENE DE TURISM**

În toate stațiunile balneoclimaterice puteți petrece în perioadele de extrasezon un minunat concediu de odihnă sau efectua o cură balneară indicată. Vă stau la dispoziție hoteluri dotate cu instalații moderne de tratament și vile confortabile, amplasate în locuri pitorești.

Un amănunt important : În perioada de extrasezon, în afară de tarife reduse la transportul pe calea ferată beneficiați și de prețuri avantajoase la cazare și masă, în cazul când veți opta pentru una dintre următoarele stațiuni : Amara, Bazna, Borșa, Bușteni, Căciulata, Călimănești, Geoargiu, Govora, Herculane, Moneasa, Ocna Sibiului, Predeal, Sinaia, Slănic-Moldova, Singeorz-Băi, Tușnad, Vatra-Dornel sau pentru sanatoriile balneare de la Mangalia și Eforie Nord ; puteți obține informații suplimentare și bilete de la toate filialele și agențiile oficiilor județene de turism, de la I.T.H.R. București, precum și de la comitetele sindicatelor din întreprinderile și instituțiile din întreaga țară.

PUBLITURISM





NOI MEDICAMENTE

● **BRINERDIN** — antihipertensiv prin simpatologie, inhibitor simpatic cu acțiune predominant simpatică, simpatolitic și siluretic.

● **TAVEGYL** — antialergic foarte activ (antihistaminic), antiexudativ și antiedematos retard, cu efect antipurinos rapid.

● **TORECAN** — medicament cu puternică acțiune antiemetică și anti-vertiginoasă prin influențarea zonei chemoreceptoare bulbare și a centrului vomei.

Produse de Centrala industrială de medicamente, cosmetice, coloranți și lacuri din București (Bd. Ion Șulea nr. 246, telefon 30.71.15) în colaborare cu firma SANDOZ (Elveția).

adas
ADMINISTRAȚIA ASIGURĂRILOR DE STAT

ASIGURĂRI PENTRU AUTOMOBILIȘTI

Prin intermediul Administrației Asigurărilor de Stat automobiliștii pot contracta diferite asigurări facultative auto, care acoperă o serie de riscuri – altele decât cele cuprinse în cadrul asigurării prin efectul legii de răspundere civilă auto.

Dintre acestea menționăm :

- asigurarea globală pentru avarii – casco ;
- asigurarea automobiliștilor numai pentru pagubele produse ca urmare a accidentelor de circulație ;
- asigurarea autoturismelor numai pentru pagubele produse de incendiu și calamități ;
- asigurarea autovehiculelor pentru furt ;
- asigurarea suplimentară pentru cazurile când autovehiculul este condus

de alte persoane decât asiguratul sau rude ale sale ;

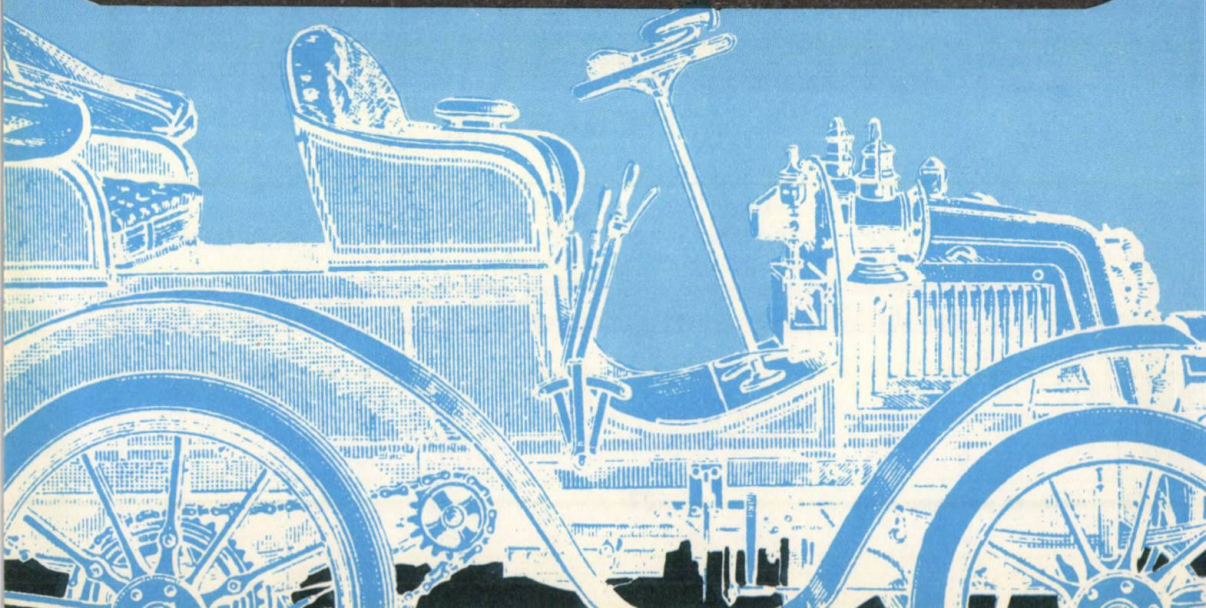
- asigurarea autovehiculelor în legătură cu utilizarea lor la concursuri, întreceri sau antrenamente ;

- asigurarea de accidente a conducătorilor de autoturisme și a altor persoane aflate în aceste autovehicule ;

- asigurarea autovehiculelor cu valabilitate numai în afara teritoriului Republicii Socialiste România.

Pentru relații suplimentare și pentru încheierea unor astfel de asigurări, cei interesați se pot adresa :

- responsabililor cu asigurările din unitățile socialiste ;
- agenților și inspectorilor de asigurare ;
- filialelor A.C.R. sau, direct, oricărei unități ADAS.





CONDIȚII OPTIME DE ODIHNĂ, CAZARE ȘI MASĂ

Rețeaua de unități de servire turistică a cooperației de consum a cunoscut în ultimii ani o continuă dezvoltare și modernizare: a crescut numărul acestora, capacitatea lor de cazare și gradul de confort, s-au construit noi și moderne locuri de popas și odihnă în cele mai pitorești zone ale țării.

Cei care doresc să petreacă o noapte, sfârșitul de săptămână sau vacanța într-o zonă pitorească și liniștită au posibilitatea ca în fiecare județ să fie întâmpinați pe principalele trasee rutiere de o unitate de servire turistică.

De exemplu, în județul Arad, în stațiunea balneoclimaterică Lipova, cu izvoare de apă minerală alcaline, carbogazoase, feruginoase, slab radioactive, recomandată în tratarea afecțiunilor cardiovasculare, ale tubului digestiv, hepatobiliare și respiratorii, vizitatorii au posibilitatea să beneficieze de **Hotelul Lipova**. Unitate de categoria I-a, **Hotelul „Lipova”** (în fotografie) oferă oaspeților camere elegante, cu 2 și 3 paturi, încălzire centrală și grupuri sanitare în fiecare cameră. În cadrul hotelului funcționează un restaurant și o barserie.

În localitatea Praid din județul Harghita, cunoscută pentru mina de sare amenajată și în scopuri terapeutice, pentru tratarea astmului bronșic și a unor afecțiuni respiratorii, cooperația de consum a construit **Hanul Praid**, unde oaspeții sunt cazați în camere confortabile, iar la restaurant li se oferă apreciatele preparate culinare specifice zonei.

În localitatea balneoclimaterică Geoagiu-Băi din județul Hunedoara, apreciată pentru izvoarele cu ape minerale, bicarbonatate, calcice, magneziene, slab radioactive, hipotone și hipotermale, pentru nămolul feruginos de turbă și climatul de cruțare, suferinzii de afecțiuni ale aparatului locomotor, neurologice periferice, ginecologice, de nutriție și metabolice pot beneficia de **Hanul Geoagiu-Băi**.

Unitatea dispune de camere confortabile și un restaurant.

În binecunoscuta stațiune balneară Buziaș, în imediata apropiere a frumosului său parc, este amplasat **Hotelul Silagiu**, care oferă vizitatorilor o cazare confortabilă și o masă de calitate în restaurantul său, dotat cu laboratoare de cofetărie și carmangerie.

Pentru a facilita reținerea din timp a locurilor în aceste unități, Agenția de turism a cooperației de consum din holul casei de bilete a Sălii Palatului Republicii Socialiste România (București, str. 13 Decembrie nr. 26, Sector 1) stă la dispoziția doritorilor. De asemenea, se pot reține locuri telefonând direct la unitățile menționate:

- **Hotel „Lipova”, telefon 228, Oficiul PTTR Lipova.**
- **Hanul „Praid”, telefon 51, Oficiul PTTR Praid.**
- **Hanul „Geoagiu-Băi”, telefon 152 (din centrala localității Geoagiu-Băi).**
- **Hotel „Silagiu”, telefon 31 265 Buziaș.**

CE ȘTIȚI DESPRE

PASTELE FĂINOASE ?

Nu dorim să vă supunem la un test, ci să vă oferim câteva informații utile despre pastele făinoase realizate de întreprinderile din cadrul Centralei industriale de morărit, decorticat și produse făinoase.

Cele 6 informații de mai jos sînt tot atitea argumente pentru a folosi cît mai judicios sortimentele de paste făinoase, pentru a realiza meniuri variate, hrănitoare și gustoase membrilor familiei dv., pentru a le utiliza atît în alimentația obișnuită cît și în diferite diete.



● Surse de factori nutritivi valoroși, utile în asigurarea unei alimentații raționale.

● Bază apreciazabilă de proteine (peste 12 la sută) strict necesare în hrana zilnică.

● Produse cu valoare energetică sporită, datorită procentului important în glucide (70 la sută).

● Pe lîngă conținutul mare de proteine, pastele făinoase obișnuite cu ouă și cele „extra” au un procent sporit de vitamine și săruri minerale, în special fosfor și calciu (28 la sută).

● Într-un volum mic reunesc cantități mari de proteine, glucide, vitamine, săruri minerale, avînd calități nutritive superioare și calități gustative deosebite, care le fac indicate atît în alimentația omului sănătos de toate vîrstele, cît și în alimentația dietetică a numeroase categorii de bolnavi.

● Pastele făinoase se pot cumpăra în toate magazinele de prezentare și desfacere ale întreprinderilor de morărit și panificație, precum și în magazinele alimentare din rețeaua comerțului local de stat, care pun la dispoziția cumpărătorilor o gamă largă de sortimente în vrac și ambalate în diferite gramaje.



UN DAR PENTRU TOATE VÎRSTELE, PENTRU TOATE GUSTURILE

Alegerea unui dar, deseori o problemă dificilă, se poate rezolva ușor dacă apelați la magazinele de prezentare și desfacere „Hermes” din București și din întreaga țară ale cooperației de consum.

În magazinele „Hermes” găsiți o gamă largă de articole de artizanat din lemn, ceramică, sticlă metalizată, fier forjat, împletituri din răchită și paie, precum și cusături românești, cojoace, pieptare.

Toate articolele sînt realizate în unitățile de producție-prestări ale cooperației de consum.



Substanțele proteice din lapte și din produsele lactate au un important rol în formarea și refacerea țesuturilor, asigurând întreaga gamă de aminoacizi esențiali necesari organismului, pe care acesta nu este capabil să-i sintetizeze. De exemplu, datorită compoziției sale complexe și echilibrate, un litru de lapte — proaspăt sau reconstituit din lapte praf —, consumat zilnic, asigură circa 20 la sută din necesarul energetic al organismului uman, 45 la sută din necesarul în produse proteice, 40 la sută din necesarul în vitaminele A și D, precum și întregul necesar în calciu și fosfor.

Laptele praf, caracterizat printr-o conservabilitate ridicată, reprezintă alimente complete, care nu pot lipsi în special din alimentația sugarilor, preșcolarilor și școlarilor. Când alimentația naturală a sugarilor nu este posibilă sau este insuficientă, laptele matern poate fi înlocuit cu lapte praf.

Ținând seama de marea durată de conservabilitate a laptelui praf și posibilitatea realizării unor compo-

ziții îmbunătățite pentru alimentația copiilor, s-a realizat în ultimii ani în industria noastră de profil o gamă largă de sortimente ce se adresează în special copiilor.

Asigurarea unei alimentații corespunzătoare a sugarilor și copiilor mici a determinat pe specialiști să efectueze numeroase cercetări în scopul realizării unor produse care au la bază componenții laptelui, dar cu parametri îmbunătățiți prin adăos de glucide, lipide sau proteine, cu compoziție modificată pentru a fi cât mai apropiată de cea a laptelui matern.

Dintre noile produse realizate în întreprinderile Centralei industrializării laptelui, care își conturează personalitatea în funcție de felul componențelor, al parametrilor fizico-chimici și al destinației, menționăm opt „conserve de lapte”.

● „Gluvilact” 1 și 2, produse îmbogățite în glucide și proteine prin adăos de mucilagi de orez, zahăr și vitamina B. Cele două produse „Gluvilact 1” și „Gluvilact 2” se diferențiază prin proporția dintre

componentele lor (lapte, mucilagi de orez și zahăr).

● „Lacto”, produs parțial smântînit, deci cu un conținut mai redus de grăsime (17 la sută) și mai ridicat de proteine și lactoză; se recomandă ca atare sau în asocieri cu făinoase în alimentația mixtă și artificială a sugarilor.

● „Lacto 2”, fabricat pe compoziția laptelui praf „Lacto”, la care s-a adăugat un complex hidrocarbonat, format din zahăr și maltodextrină. Produsul reconstituit conține 1,70 la sută grăsimi, 2,76 la sută proteine, 7,50 la sută hidrați de carbon (din care 3,60 la sută glucoză, 2,56 la sută maltodextrină, 1,34 la sută zahăr) și 0,57 la sută săruri minerale; se recomandă în alimentația mixtă și artificială a sugarilor de la vîrsta de 2—3 luni, precum și în realimentarea copiilor între 0 și 1 an cu forme ușoare de tulburări digestive.

● „Lactosan”, lapte praf cu conținut mare de grăsimi (96 la sută) și caracteristici bacteriologice superioare, este indicat, simplu sau în asociație cu diverse făinoase, în alimentația mixtă și artificială a sugarilor eutrofici, precum și în regimurile hipercalorice și în alimentația rațională a adultului sănătos.

● „Glucolact”, lapte praf îmbogățit cu un complex hidrocarbonat, format din glucoză, zaharoază și zeamă.

● „Cicolact”, produs pe bază de lapte normalizat, zahăr și extract de surogat de cafea, destinat copiilor cu tulburări acute și cronice de digestie și nutriție.

● „Cazeolact”, produs lactat dietetic, cu rol de medicament, realizat din cazeină hidrolizată proteică, care conține monozaharide. Este destinat alimentației sugarilor cu gastroenterite acute și cronice, sugarilor și copiilor distrofici, precum și reechilibrării nutriționale a sugarilor, copiilor și adulților.

Rațiile zilnice sînt de: 700 ml (pentru copiii între 1 și 3 ani), 500 ml (pentru copiii între 4 și 6 ani) și 400 ml (pentru copiii între 7 și 12 ani). Adolescenții pot consuma zilnic 300—400 ml de lapte reconstituit din lapte praf, iar adulții între 250 și 300 ml.

Ing. Gabriela ARION



UTILĂ în orice gospodărie

O modalitate de asigurare utilă în orice gospodărie o constituie **asigurarea facultativă complexă a gospodăriei**, care cuprinde în unul și același contract trei feluri de asigurări :

- asigurarea bunurilor din gospodărie ;
- asigurarea de accidente produse la domiciliu ;

- asigurarea de răspundere-civilă legală.

În asigurarea complexă a gospodăriei sînt cuprinse bunuri existente în gospodăria respectivă, cum sînt : mobilier, obiecte casnice, îmbrăcăminte, covoare, aparate de radio, televizoare, mașini de cusut, frigidere, produse agricole, viticole, pomicole, animaliere și alimente, materiale de construcții etc.

În baza acestei asigurări, Administrația Asigurărilor de Stat plătește despăgubiri în cazurile de pagube la bunurile asigurate, provocate de unele riscuri, ca, de exemplu : incendiu, explozie, inundație, ploaie torențială, furtună, avarii accidentale pro-

duse la instalațiile de gaze, apă, canal sau încălzire ; pierdere sau dispariție a bunurilor cauzate de riscurile asigurate etc.

În asigurarea de accidente sînt cuprinși pentru urmările accidentelor întimplale la domiciliu soții, părinții și copiii acestora ce locuiesc în mod statornic și gospodăresc împreună.

În baza asigurării de răspundere civilă legală se plătesc sumele datorate conform legii față de proprietar pentru unele pagube produse la imobil, precum și sumele datorate terților pentru accidentarea persoanelor și avarierea bunurilor acestora la domiciliul asiguratului. Totodată, se plătesc și sumele datorate cu titlu de dezdăunare locatarilor apartamentelor învecinate, pentru pagube la bunurile asigurate ori la elementele de construcție ale apartamentelor respective, cauzate de o inundație produsă în apartamentul asiguratului.

Prima de asigurare este de 2 lei pe an pentru fiecare 1 000 de lei din suma asigurată stabilită, la cererea asiguratului, pentru bunurile din gospodărie.

Pentru informații suplimentare și pentru contractarea de asigurări cei interesați se pot adresa responsabililor cu asigurările din unitățile socialiste, agenților și inspectorilor de asigurare sau, direct, oricărei unități ADAS.





Igiena pielii poate fi asigurată excelent nu numai prin folosirea celor mai bune și parfumate săpunuri sau prin aplicarea celor mai emoliente și hidratante creme sau loțiuni. Și lenjeria intimă reprezintă un element important în protejarea epidermei împotriva factorilor exteriori.

Magazinele și raioanele de specialitate ale comerțului de stat vă oferă o gamă largă și diversificată de articole de lenjerie de corp, pentru toate gusturile, pentru toate vîrstele.



PELOX

PROSPEȚIME ȘI FRUMUSEȚE, două elemente care se pot obține cu produsele cosmetice din gama PELOX. Ele previn îmbătrînirea tenului, curăță, descongesează și tonifică epiderma.

Realizate într-o concepție originală, modernă, produsele cosmetice din gama PELOX, alcătuită din : loțiune tonică, emulsie hidratantă, 3 creme emoliente (de zi, de noapte și pentru zona sensibilă din jurul ochilor), șampon pentru tratamentul părului și spumant de baie, conțin extract lichid din nămolul de Techirghiol.

Seria completă de produse PELOX se găsește în magazinele comerțului de stat.

Produsele cosmetice din gama PELOX constituie mai mult decît un cadou ; ele sînt un apărător al prospețimii tenului, părului, pielii, al frumuseții.



**SĂNĂTATE,
TINEREȚE, FRUMUSEȚE**

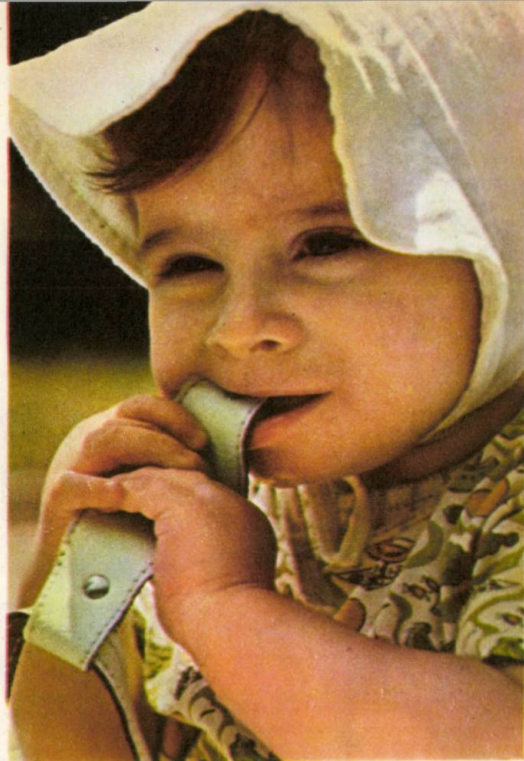
cu binecunoscutele produse „Gerovital” indicate în tratament cosmetic, recent completate cu cele de cosmetică decorativă : pudră, roșu de buze, fard de pleoape, șampon cu sulf și gudron, realizate de :



**ÎNȚEPRINDEREA DE PRODUSE COSMETICE
„MIRAJ”- BUCUREȘTI**



Noi preparate din lapte «gata de întrebuințare»



În ultimii ani, pe baza cercetărilor efectuate de către pediatrii și nutriționiștii din țara noastră, care au contribuit la o mai bună cunoaștere a fiziologiei sugarului, a funcțiilor sale digestive și a nevoilor nutriționale, s-au stabilit noi principii de alimentație artificială în primele 4 luni de viață ale acestuia, adoptată numai în cazurile în care alimentația la sân este imposibilă. În acest cadru se înscriu și preocupările specialiștilor din cadrul Departamentului Industriei Alimentare și Ministerului Comerțului Interior de a fabrica și pune la dispoziția cumpărătorilor preparate din lapte „gata de întrebuințare”.

Între aceste noi preparate se numără **Gluvilact** și **Gluco-lact**, despre ale căror caracteristici, proprietăți și mod de întrebuințare am solicitat unele detalii tovarășei dr. **Constanța Iacob**, șef de lucrări la I.M.F. București, medic primar la Institutul pentru ocrotirea mamei și copilului.

— Care este tehnologia de fabricare a celor două produse și ce proprietăți le conferă ?

— Glucoalact și Gluvilact sînt lăpturi pulbere realizate tehnologic prin procedeul de diluare a laptelui de vacă, adăos de glucide (altele decît lactoza laptelui) și vitamina B₁. Prin diluarea laptelui de vacă se reduce din cantitatea proteinelor și sărurilor minerale (care în laptele de vacă



au valori mult peste cele din laptele uman și peste nevoile sugarului), evitându-se astfel neajunsurile unui regim hiperproteic și hiperosmolar la vârsta cînd funcțiile rinichiului sînt incomplet maturizate. Adaosul de glucide (zahăr, amidon, glucoză, zeamil) sporește valoarea calorică și contribuie la realizarea unui echilibru între principiile nutritive (proteine, grăsimi, glucide).

— **Ce caracteristici are Gluvilactul și care este modul său de preparare pentru a fi consumat de sugar ?**

— Produsul Gluvilact, realizat de Fabrica „Remetea” (județul Harghita), sub îndrumarea clinicii de pediatrie a I.M.F. Tg. Mureș, se prezintă sub două forme : **Gluvilact I**, lapte în pulbere care corespunde unei diluții de 2 părți lapte de vacă și o parte mucilagiu de orez (diluție 2/3), este indicat în alimentația mixtă și artificială a sugarului sănătos între 0 și 2 luni cu greutatea de 4 500 g.; **Gluvilact II**, care corespunde unei diluții de trei părți lapte de vacă și o parte mucilagiu de orez (diluție 3/4), fiind indicat în alimentația mixtă și artificială a sugarului între 2 și 4 luni, cu greutatea de 4 500 g.

Modul de preparare sau de reconstituire a laptelui pentru ambele produse este următorul : pentru a obține 100 ml de lapte sînt necesare 15 g (3 măsuri) de pulbere de Gluvilact și 90 ml de apă, sterilizată în prealabil prin fierbere (concentrație 15 la sută). Se amestecă pulberea cu puțină apă caldută pînă la completa omogenizare, apoi se adaugă restul de apă și se fierbe 8—10 minute. După răcire, la temperatura de 37 de grade C (stabilită prin picurarea unei picături pe antebraț, care să nu ardă) se administrează în cantitățile corespunzătoare vârstei. Se prepară înaintea fiecărei mese.

— **Dar Glucolactul prin ce se caracterizează și cum se obține din el laptele reconstituit ?**

— **Glucolact** este un produs realizat de Institutul de cercetări pentru industrie și cercetări alimentare din București la întreprinderea de industrializare a laptelui din Suceava și se prezintă sub formă de pulbere. În funcție de modul de reconstituire, se realizează un lapte cu diluție de 2/3 (reconstituit în concentrație de 15 la sută) sau 3/4 (reconstituit în concentrație de 17 la sută). Prima diluție este recomandată în alimentația mixtă și artificială a sugarului sănătos între 0 și 2 luni, cu greutatea de 4 500 g, iar a doua, în concentrație de 17 la sută, este indicată în alimentația mixtă și artificială a sugarului sănătos de 2—4 luni.

Pentru a obține 100 ml de lapte, corespunzător unei diluții de 2/3, sînt necesare 15 g pulbere de Glucolact și 90—100 ml de apă (în prealabil sterilizată prin fierbere), iar pentru prepararea a 100 ml de lapte, corespunzător diluției 3/4 sînt necesare 17 g de pulbere la 90—100 ml de apă. Se amestecă pulberea de lapte cu o cantitate mică de apă caldută pînă la completa omogenizare, apoi se adaugă restul de apă și se fierbe 1—2 minute. Demn de reținut este faptul că ambele diluții se prepară înainte de a fi consumat și se administrează la temperatura de 37 de grade C.

— **Cum apreciați cele două noi preparate românești „gata de întrebuințare” destinate alimentației artificiale a sugarului în primele 4 luni de viață ?**

— Bune, prin prisma rezultatelor obținute în secțiile și clinicile de pediatrie din țară, în Institutul pentru ocrotirea mamei și copilului. Cu o condiție : să se respecte proporțiile și modul de preparare.

N. T.

gluvilact 1

LAPTE PRAF PENTRU SUGARI



GLUCO LACT



Amara

**CONFORT, EFICIENȚĂ TERAPEUTICĂ
ȘI ASISTENȚĂ MEDICALĂ
DE ÎNALTĂ CALITATE**

În vara anului 1905, pe malul unui lac lung de 4 km, se înălța o modestă instalație pentru băi calde. Instalația urmărea să pună în valoare calitățile apei și nămolului din lacul Amara, renumite prin eficiența lor curativă. Complexul unic de factori naturi – un climat de stepă, o temperatură medie anuală de 10,3 grade C, apă de lac sulfată, cloruro-sodică, nămolul sapropelic și izvoarele minerale de sondă – au purtat renumele stabilității balnear. Ajunsă acum în cel de-al 75-lea an al existenței sale, stațiunea se prezintă ca un complex balnear cu o asistență medicală de înaltă calitate și de mare eficiență terapeutică. Iată și indicațiile terapeutice prezentate de medicul șef al policlinicii balneare, dr. **Atanasie Gheorghe**: „Indicația majoră este pentru afecțiunile reumatice cronice degenerative – gonartroze, poliartrite, spondiloză, lombosciatică, hernie de disc și hernie de disc operată, periartrită scapulo-humerală. De tratament mai beneficiază însă și bolnavi cu afecțiuni post-traumatice ale aparatului locomotor sau ale sistemului nervos periferic, cei cu afecțiuni ginecologice cronice – anexite, metroanexite, sterilitate secundară etc., cu afecțiuni renale, ale aparatului respirator – rinite, faringite, laringite, bronșite cronice, bronșite astmatice – sau cu nevroze. Rezultate excelente se obțin și în cazul afecțiunilor digestive și bolilor de nutriție: diabet zaharat compensat, gastrite cronice, ulcere cronice, colopatii, afecțiuni hepatice cronice. Sunt contraindicate suferințele mari ale cordului (hipertensiune arterială peste 18 Hg, insuficiență

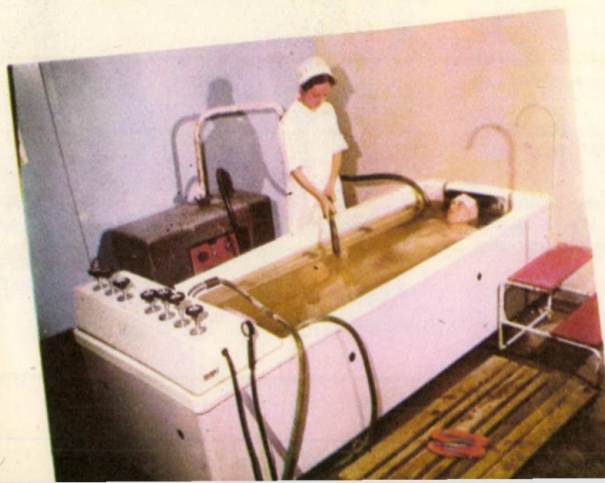
coronariană, fibrilații atriale, infarct de miocard), bolile febrile, sarcină peste luna a II-a, epilepsie, neoplasme de orice formă. O gamă largă de proceduri medicale este folosită astăzi la Amara pentru obținerea rezultatelor terapeutice. **Baza de tratament a O.J.T. Ialomița poate asigura zilnic peste 3 000 de proceduri**: hidro și termoterapie, băi calde minerale la cadă, băi calde de nămol la cadă, împachetări generale și parțiale de nămol, tratamente specific-ginecologice, duș subacval, băi galvanice, afuzionări alternante, băi cu perie. În tratament mai sînt întrebuințate elemente de electroterapie, fitoterapie și termoterapie. Se efectuează, de asemenea, cure interne cu apă sulfuroasă de sondă. În sezonul cald s-a extins cura naturistă pe cele patru plaje ale O.J.T. care pot primi zilnic circa 5 000 de persoane.

Așa cum ne informa conducerea O.J.T. Ialomița prin tov. **Dumitru Iosif**, în 1980 celor 400 de locuri de cazare permanente ale O.J.T. și celor 800 de locuri sezoniere li se vor mai adăuga încă 300 prin darea în folosință a unui nou hotel, realizîndu-se în acest fel un complex balnear modern, integrînd prin culoare de legătură spații de cazare, tratament și deconectare.

Informații cu privire la cazare și organizarea de excursii se pot obține de la O.J.T. Ialomița, Stațiunea Amara, Bd. Ana Ipătescu nr. 1, telefon 910 – 66.156.

Biletele pentru cură balneară și odihnă se pot procura la toate oficiile județene de turism și filialele acestora din țară.

Ion CRISTIAN



OU aliment complet

Deși nu a fost destinat hranei, ci reproducerii, oul păsărilor domestice — găini, rațe, găște, curci și chiar bibilici — constituie un aliment complet, cu o valoare biologică ridicată și, în plus, foarte gustos. Dar calitățile sale le demonstrează mai elocvent datele oferite de nutriționiști. De exemplu, două ouă de găină, în greutate aproximativă de 100 g asigură 170 de calorii, 14 g proteine, 12 g grăsimi, 0,6 g glucide, 52 g calciu, fiind în același timp o bogată sursă de vitamine (A, B₂, B₆, D, E și K).

Cum apreciați oul în ansamblul alimentației omului? Conf. dr. Sebastian DUMITRACHE de la catedra de igiena alimentației a I.M.F. București și doctorul în științe medicale Radu PIEPTEA ne oferă următoarele răspunsuri :

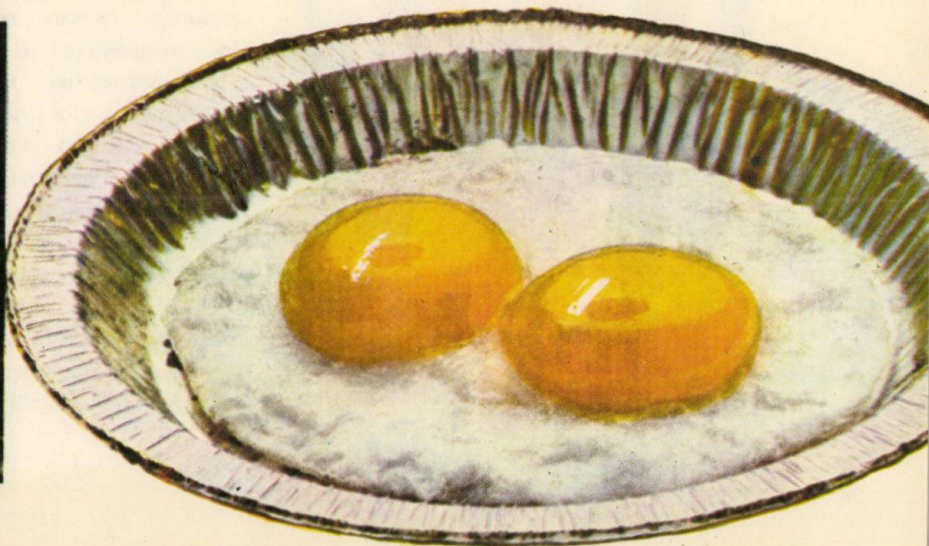
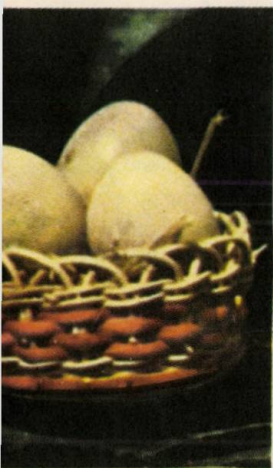
Conf. dr. S. DUMITRACHE : Îl apreciez ca pe un rezervor de energie concentrată, foarte indicat copiilor, adolescenților, convalescenților, gravidelor, celor ce muncesc în mediul toxic, anemicilor și surmenaților. Cu mare valoare nutritivă, excelentă sursă de proteine, repartizate atât în albuș (ovoalbumina) cit și în gălbenuș (ovovitelina), care conțin aminoacizi esențiali pe care omul nu-i poate sintetiza, oul se remarcă și prin faptul că amestecul proteinelor din albuș și gălbenuș realizează cea mai echilibrată asociere de aminoacizi. De aceea, proteinele oului sînt considerate cele mai valoroase și luate etalon în aprecierea valorii nutritive a altor proteine. Bogat în vitamine prezente numai în gălbenuș și în

grăsimi fin emulsionate, ușor digestibile, oul este în același timp o importantă sursă de fosfor, sulf, fier, potasiu.

Dr. Radu PIEPTEA : Îl consider datorită gamei infinite de preparate la care poate fi folosit, ca element principal în multe diete. Prin aminoacizii săi, oul poate crește valoarea biologică a unor proteine vegetale, constituind suplimentul animal indispensabil al unor diete parțial sau predominant vegetariene. Cu indicații multiple în afecțiuni ale tubului digestiv, oul fiert (moale) fixează acidul clorhidric și reduce hiperaciditatea, crește flora proteolitică a tubului digestiv în dauna celei de fermentație. În diabetul zaharat este indicat pentru marea valoare calorică și conținutul redus în glucide. Fosfolipidele prezente în gălbenuș reprezintă substanțe tonifiante pentru activitatea nervoasă superioară și hrana de elecție a celor cu o suprasolicitare nervoasă sau cu intensă activitate intelectuală. Excitant puternic al căilor biliare și indeosebi al veziculei biliare, oul, prin bogăția grăsimilor emulsionate, este indicat în colecistopatiile atone sau hipotone.

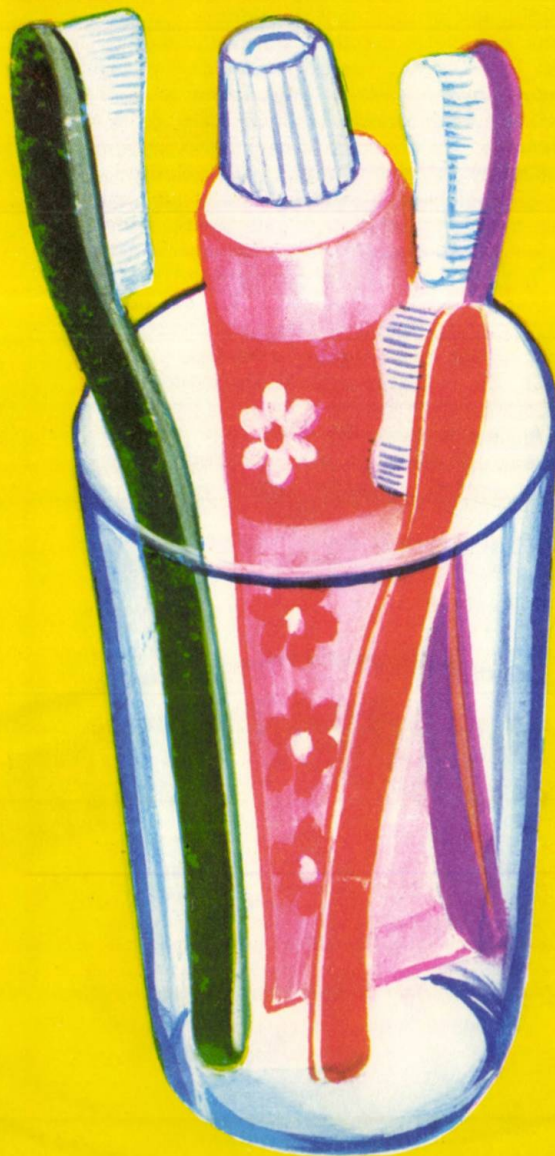
Aliment la îndemina oricui, prin faptul că întreaga producție de ouă, organizată de **Centra la pentru producție avicolă**, reușește să satisfacă tot timpul anului cerințele pieței cu produse proaspete și să asigure exporturile, oul este un aliment complet și ușor accesibil.

N. T.



Noi produse
românești
pentru menținerea
igienei

buco- dentare



Comerțul are în țara noastră și posibilitatea să contribuie la lămurirea și îndrumarea cumpărătorilor în folosirea unor produse destinate menținerii igienei, deci să sprijine munca de educație sanitară desfășurată de medici. În acest scop s-a creat o concepție românească originală de integrare sistematică, la nivele diferite și succesive, a specialiștilor din domeniul medical și din domenii paramedicale care urmăresc eficiența medicală, tehnică și economică a unor produse — de la creație, proiectare și experimentare, pînă la controlul fabricației, recepție și comercializare.

Un exemplu de aplicare a noii concepții de integrare îl oferă domeniul produselor necesare asigurării igienei.

Răspîndirea afecțiunilor buco-dento-maxilare, în special a cariei dentare, și cercetările efectuate au confirmat că, cu foarte rare excepții, frecvența lor este condiționată de lipsa de igienă. Deci igiena buco-dentară este necesar să se aplice odată cu apariția dinților, înainte de formarea primelor carii. În țările în care această igienă se aplică, 50 la sută dintre copii își mențin dinții sănătoși.

În țara noastră s-au elaborat pe baza ultimelor cuceriri ale științei și tehnicii noi metode și produse folosibile în raport de vîrstă, sex și afecțiuni buco-dentare, prin care să se realizeze o cît mai bună igienă și profilaxie a lor în funcție de locul de muncă.

Produsele existente au fost adaptate la exigențele noilor metode și tehnici, s-au creat aparate, instrumente și substanțe.

Apariția acestor mijloace a determinat o îmbunătățire a metodelor și tehnicilor de stomatologie prin interacțiunea continuă a elementelor sistemului.

Dintre realizările obținute pînă în prezent, menționăm : o nouă metodă de igienă a gurii și dinților, precum și o nouă tehnică de broșaj pentru copiii între 0 și 3 ani și preșcolari, ambele experimentate și prezentate în ultimii 4 ani la cursurile anuale de perfecționare în stomatologia infantilă organizate în țara noastră ; o nouă metodă de igienă și o tehnică de broșaj pentru muncitorii care sînt sub acțiunea

concomitență a noxelor de praf, căldură, fum și curenți de aer; apariția unui nou model de periuță de dinți pentru copiii până la 6 ani care ține seamă de caracteristicile lor și de imperativul ca părinții sau educatorii să o minuiască în timpul spălării dinților, lăsând-o apoi copiilor să se joace cu ea, până când vor putea să realizeze ei înșiși această preocupare. În acest caz nu se aplică principiul ca, de la început, copilul să învețe tehnica de spălare pe propriii dinți, fiindcă un periaj imperfect lasă necurățate tocmai locurile unde se formează cariile.

Noua periuță de dinți „BOBO” pentru preșcolari este realizată în trei variante: „Normal” și „Suplu” (cu fire sintetice și speciale) și „Aspru” (cu păr de porc, iar în curând cu păr de bursuc) și însoțită de instrucțiunile pentru folosire, atașate într-un ambalaj modern. De asemenea, s-au realizat în trei variante („Normal”, „Suplu” și „Aspru”) și periuțe de dinți pentru adolescenți și adulți.

Dintre invențiile românești brevetate, realizate în scopul prevenirii și combaterii unor afecțiuni bucodentare, menționăm aparatul pentru dușuri bucale, în diferite variante, distinct cu medalia de aur la o expoziție de aparatură medicală organizată la Viena, comprimatele „Placolor” și pasta de dinți „Placolor”.

După cum se știe, flora microbiană bucală participă direct la apariția și evoluția cariei dentare și a parodontopatiei, prin formarea unei texturi organice subțiri — de cițiva microni — de culoare alb-gălbuie, greu vizibilă și aderentă la suprafața dinților și gingiei, numită **placă dentară microbiană** sau **placă dentară bacteriană**. Îndepărtarea totală a acestei pelicule constituie una din posibilitățile principale de prevenire a proceselor cariase sau parodontale. Dar înlăturarea plăcilor dentare nu se poate face prin simpla clătire a gurii sau printr-un jet de apă, ci numai prin periaj mecanic.

În scopul îndepărtării complete a plăcii dentare prin brosaj dentar și gingival, un colectiv de cercetători și specialiști, condus de prof. dr. Petru Firu și constituit din dr. chimist Șerban Moldoveanu, dr. Elena Mihuț și Victor Mihuț a realizat pasta de dinți „Placolor” care conține și substanța de colorare a plăcilor dentare. Ea vizualizează placa dentară reziduală, rămasă după un brosaj imperfect și colorează în roșu locurile de unde trebuie îndepărtată.

Ambele produse „Placolor” se vor introduce în circuitul comercial în anul 1980.

Pornind de la un prim produs — periuța de dinți — modernizată și continuu îmbunătățită, preocupările s-au extins la toate articolele necesare igienei buco-dentare, urmărindu-se cu perseverență țelul final: menținerea unei



dentiții sănătoase și aspectuoase la întreaga populație.

Reducerea incidenței cariei dentare, prevenirea bolilor gingiei, înlăturarea mirosului neplăcut al gurii, crearea senzației de propețime se realizează și cu alte produse adecvate acestui scop, dintre care amintim **pastele de dinți spumoase** de tip „Menta”, „Primăvara”, „Super Cristal”, „Activa”, „Arena”, „Optima”, „Biflor”, „Nivea 50”, „Irinel”, „Bobo”, precum și **pastele de dinți nespumoase** de tip „Chlorodont”, **gelurile transparente** de tip „Gelodent”, **apele de gură** „Menta”, „Clorofila” și „Florel”, **aromatizantii de gură sub formă de spray** „Super Cristal”, „Optima” și „Arena”.

Calitatea unei paste de dinți este atribuită în principal ingredientilor activi compuși, cu acțiune specifică, pe care îi conține, dintre care cităm substanțele cu caracter bacteriostatic și de curățire, produșii cu flor și combinații ale acestuia (în special florura de sodiu), ingredientii activi din produse vegetale, cum sînt azulena, clorofila, clorofilina, uleiul de cuișoare. Dintre paste de dinți deosebit de active și cu efecte pozitive în igiena bucodentară amintim **sortimentele destinate adulților** („Activa”, „Optima” — simplă sau cu aromă de banane —, „Gelodent”, „Biflor”, „Para”, „Arena”, „Nivea 50”), precum și **sortimentele destinate copiilor** („Irinel” cu aromă de portocale, „Bobo” și „Bobo-spray” — cu aromă de tutti-frutti și conținut de florură de sodiu).

Conlucrarea perfectă între toți factorii care concură în țara noastră la realizarea și promovarea concepției sistematice de igienă bucodentară în condițiile existenței unei game largi și într-o continuă extindere a produselor, va asigura succesul atit în domeniul educațional, al tehnicii și marketingului, dar mai ales în asigurarea ocrotirii sănătății populației.

CURA BALNEARĂ ÎN ORICE ANOTIMP



Care este cel mai bun anotimp pentru cura balneară? Întrebarea este adresată de cele mai multe ori de către pacienți, aceștia avind de fapt și răspunsul: anotimpul cald. De fapt, teama de anotimpurile reci este cauzată de deficiențele de adaptare ale organismului la factorii meteorologici.

În condițiile dezvoltării bazelor de tratament și de cazare, în mare măsură prin grija Ministerului Turismului, acest argument este perimat. Și în anotimpurile reci se pot efectua cu succes atît tratamentul cu factori naturali specifici fiecărei stațiuni — ape minerale, nămoluri, mofete —, hidro, electro și chinetoterapia, cît și masajul, care contribuie la restabilirea capacității funcționale a diferitelor sisteme sau segmente deficiente ale organismului. Astfel, afecțiunile reumatismale care beneficiază de tratamentul complex de recuperare funcțională și în sezonul rece sînt cele degenerative, cunoscute sub denumirea de artroze de fapt suferințe articulare, cronice, neinflamatorii, care se pot localiza la toate articulațiile. Cele de la șold (coxartroze) și genunchi (gonartroze) pot îmbrăca forme invalidante, iar spondiloza (cervicală, dorsală, lombară) corespunde localizării procesului degenerativ la coloana vertebrală. Tratarea acestor boli, precum și a periartritei scapulohumerale beneficiază de modernele stațiuni de pe litoral (Eforie, Mangalia, Techirghiol), precum și de cele binecunoscute din restul țării (Herculane, Pucioasa, Ocna Sibiului, Govora, Lacul Sărat — Brăila). Disocpatiile se pot trata în stațiunile Felix, 1 Mai și Govora, în fazele incipiente sau după aplicarea unui tratament adecvat, în condiții de spitalizare, care creează ambianța propice consolidării tratamentului prealabil și prevenirii recidivelor. Afecțiunile or-

topedice, sechelele posttraumatice (înainte și după tratamente chirurgicale corective) beneficiază de complexele de cazare și tratamente recuperatorii existente în toate stațiunile balneare indicate în tratamentul bolilor aparatului locomotor, majoritatea funcționînd permanent.

Afecțiunile tubului digestiv (îndeosebi ulcerale gastroduodenale) se pot trata la Sîngeorz, Slănic-Moldova sau Olănești, bianual, dar mai ales în perioadele în care boala se reacutizează. Apele minerale din aceste stațiuni contribuie la antrenarea funcțiilor digestive, influențarea secreției gastrice, pancreatice și bilare, la ameliorarea activității enzimelor digestive și metabolico-tisulare, a comportamentului reflectivității osmo și chimoreceptorilor digestivi.

Dintre bolile cardiovasculare, hipertensiunea arterială și valvulopatiile găsesc în sezonul rece în stațiunile de profil (Buziaș, Covasna, Lipova, Vatra Dornei) condiții mai favorabile decît vara, cînd, datorită căldurii excesive, procesele de termoreglare sînt mult solicitate și, implicit, aparatul cardiovascular participă mai intens la realizarea lor.

De asemenea, este cunoscut faptul că anotimpul cel mai corespunzător pentru tratamentul nevrozei astenice este cel rece, iar România are numeroase stațiuni de acest profil în care condițiile de confort asigurate de gazde — oficiile județene de turism — sînt unanim apreciate atît de pacienții din țară cît și de peste hotare.

Condițiile de cazare, masă, tratament și agrement oferite de rețeaua de hoteluri, vile și restaurante ale Ministerului Turismului contribuie la fundamentarea afirmației că o cură balneară în bolile citate se poate efectua, cu rezultate pozitive, în orice anotimp.

Doctor în științe medicale
Elena BERLESCU

Olímpiada de vară



MOSCOVA, 1980

Medicina sportivă și performanțele olimpice

La 16 noiembrie 1976 Comitetul Politic Executiv al C.C. al P.C.R. aproba programul de pregătire al sportivilor români în vederea apărării cu cinste și demnitate a culorilor patriei noastre la Jocurile olimpice de vară din 1980. Un loc important a acordat Hotărîrea medicinei sportive și cercetării medicale chemate să-și sporească contribuția la obținerea unor rezultate înalte în sportul de mare performanță.

Dacă unele ediții ale Jocurilor olimpice au ridicat probleme speciale sub aspect medico-biologic (cazul ediției din anul 1968, de la Ciudad de Mexico, denumită a altitudinii medii, sau al celei de la Montreal, care a ridicat probleme de adaptare la fus orar și climă), viitoarea ediție de la Moscova din anul viitor, deși ne scutește de asemenea solicitări, lasă să se întrevadă o altitudine crescută a performanțelor și o sporită concurență pe plan sportiv mondial, care au evoluat vertiginos în ultimii trei ani.

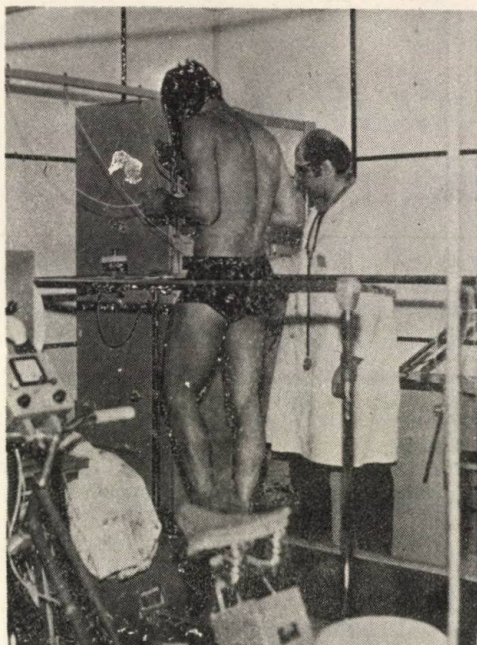
Ca atare, cu încă 3—4 ani în urmă, în selecția medico-biologică a componentilor loturilor olimpice s-a avut în vedere alegerea unor tineri viguroși și sănătoși, cu parametri morfologici și funcționali favorabili marilor performanțe, în funcție de specificul efortului. În acest sens s-a elaborat și publicat în Editura „Sport-turism” monografia „Selecția medico-biologică în sport”, care reunește toate criteriile moderne de selecție, principiile enunțate fiind aplicate atât în Centrul de medicină sportivă cit și în rețeaua de medicină sportivă. Aplicarea acestor indici obiectivi de selecție a continuat prin testări de

laborator și teren pînă la formarea echipei olimpice a țării noastre, cînd, prin aplicarea indicatorilor de „formă sportivă”, se va sprijini corpul tehnic în alcătuirea echipelor pentru Jocurile olimpice de la Moscova numai din acei sportivi capabili și pregătiți pentru realizarea baremurilor de performanță prevăzute de federațiile sportive.

Creșterea contribuției medicinei sportive la procesul propriu-zis de antrenament s-a axat în principal pe următoarele aspecte, cu care sînt confruntate toate țările preocupate de obținerea unor rezultate superioare la Jocurile olimpice: **obiectivizarea curbei efortului și restabilirii post-efort, profilaxia îmbolnăvirilor și traumatismelor induse de activitatea sportivă, pregătirea biologică de competiție, refacerea după efort, recuperarea rapidă și eficace după îmbolnăviri și traumatisme sportive, alimentația sportivă, elaborarea unor susținătoare farmacologice de efect și a unor substanțe de refacere, pregătirea psihologică a sportivilor etc.**

Primul deziderat, obiectivizarea procesului de antrenament prin furnizarea de date medico-biologice concrete antrenorului în vederea dirijării științifice a antrenamentului, s-a materializat prin stabilirea unor metodologii diferențiate de investigație a sportivilor olimpici în laborator și la locul de antrenamente, în repaus și efort (standard și specific), urmărindu-se uneori prin teletransmisie și microAstrup, unii parametri de mare semnificație în estimarea gradului de antrenament, limitelor de

adaptare a organismului, rezervelor biologice de performanță și a gradului de oboseală și refacere. Nivelul, densitatea și cantitatea acestor informații au crescut simțitor față de anul 1976, iar examinările efectuate de brigăzi multidisciplinare de specialiști în teren au devenit o realitate constatată bine primită de sportivi și tehnicieni. Metodologia aplicată în acest ciclu olimpic se situează la nivelul cerințelor mondiale, evaluându-se compoziția corporală, greutatea optimă de competiție, capacitatea aerobă și anaerobă, profilul psihologic favorabil performanței, tabloul metabolic etc.



Laboratorul de evaluare a capacității de efort din cadrul Centrului de medicină sportivă din București, locul în care se urmărește stadiul pregătirii fizice a „olimpicilor” noștri

Alimentația sportivului modern caută să transforme factorul alimentar într-un aliat al performanței sportive și al sănătății, să fie privită ca un factor sanogenetic, energogen. În acest scop, un colectiv de specialiști, condus de prof. dr. Iulian Mincu, a elaborat, după o cercetare aprofundată, criteriile și cerințele alimentației sportive, diferențiate după natura efortului depus și etapa de pregătire (antrenament, intracompetițional, refacere), elaborând un îndrumar pus la dispoziția mișcării sportive și medicilor loturilor olimpice cu peste un an înaintea Jocurilor olimpice.

Problema refacerii organismului și a pregătirii biologice de concurs este la fel de actuală și la viitoarele Jocuri olimpice de la Moscova, medicina sportivă prezentându-se cu unele realizări. Extinderea antrenamentului la altitudine medie (2 000 m), ca mijloc de creștere a capacității de efort, a câștigat noi adepți, atât datorită contribuției medicinei sportive, cât și a convingerii sportivilor de binefacerile acestui mijloc, net superior altor mijloace artificiale, dar foarte riscante (autohemotransfuzia, curele de steroizi anabolizanți) practicate în unele țări. O contribuție demnă de relevat este și elaborarea pentru



Testările pot avea loc nu numai în laboratoarele Centrului de medicină sportivă, ci și în condițiile specifice desfășurării efortului

prima dată la noi în țară a unor produse farmacologice fiziologice cu efect în susținerea biologică a efortului și în accelerarea refacerii după efort.

Un larg colectiv de specialiști, îndrumat de prof. dr. V. Stroescu, șeful catedrei de farmacologie de la I.M.F. București, prof. dr. C. Baloescu, directorul Institutului de stat pentru controlul medicamentului și cercetării farmaceutice, și dr. ing. C. Sirbu, directorul Institutului pentru cercetări chimico-farmaceutice din Ministerul Industriei Chimice, în colaborare cu specialiștii Centrului de medicină sportivă, au

elaborat, experimentat și generalizat în asistența loturilor olimpice o serie de produse, contribuind la reducerea importului, la realizarea unor compoziții adecvate genului de efort și momentului de antrenament, dar și la susținerea biologică a efortului, la cote înalte de volum și intensitate zilnic, în condițiile păstrării unui bun standard sanogenetic al loturilor noastre.

● În scopul recuperării după îmbolnăviri și traumatisme s-a continuat aplicarea cu curaj a unor noi metode, cum ar fi utilizarea locală și generală a Boicilului, Aslavitului și a altor mijloace, realizându-se metodologii concrete de recuperare și mijloace active validate în practică. Paralel cu continuarea utilizării medicinei nucleare în diagnosticul funcțional, în acest ciclu olimpic s-a introdus diagnosticul cu ultrasunete în colaborare cu dr. Tiberiu Pop, șeful unității de medicină nucleară și ultrasunete de la Spitalul clinic „Fundeni”.

În pragul anului în care se vor desfășura la Moscova Jocurile olimpice, apreciem că această competiție sportivă tradițională și de amploare va confrunța medicina sportivă cu multiple probleme: ale sănătății psiho-fizice a sportivilor candidați la medalii, ale capacității înalte de efort, ale perfecționării susținerii biologice a efortului, accelerării refacerii post-efort și recuperării după traumatisme. Rezolvarea acestor cerințe de bază la parametri cât mai ridicați reprezintă premise cvasi-certe de obținere a performanțelor planificate, în condițiile măiestriei sportive adecvate și ale motivației pentru performanță pe plan psiho-afectiv.

Direcțiile de perfecționare a medicinei sportive până la startul de la Moscova și mai ales în timpul competiției se vor axa pe aceste aspecte care, sintem convinși, sînt cele mai semnificative în a reflecta contribuția medicinei sportive la obținerea performanțelor olimpice.

Privind cu oarecare optimism munca desfășurată și prognoza performanței biologice, ne propunem să prezentăm cititorilor în Almanahul 1981 rezultatele confruntării laboratorului cu performanța din teren și învățămintele ce vor reieși de la această titanică ediție olimpică.

Conf. dr. Ioan DRĂGAN
directorul Centrului de
medicină sportivă

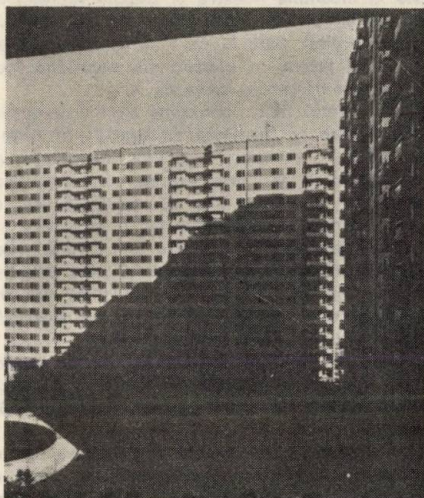
ÎN ÎNTÎMPINAREA OASPEȚILOR

● Peste 120 000 de locuri în restaurante și braseriile din Moscova și peste 400 de preparate culinare vor fi oferite oaspeților Olimpiadei. Meniurile ce se vor servi nu se vor repeta în nici o zi a săptămînii

● 5 000 de proiecte de afișe pe tema Olimpiadei, realizate de colective de graficieni și artiști plastici din 45 de țări, au participat la un recent concurs internațional. Juriul a acordat 159 de premii, primele fiind decernate concurenților M. Manuilov și N. Popov (Moscova), A. Karmațki (Lenin-grad) și pictorilor japonezi H. Kavazdu, S. Matsumoto și H. Isinosava

● 5 milioane de ruble va costa pavoizarea Moscovei în cinstea Olimpiadei și 90 de milioane de ruble restaurarea celor 1 800 de monumente arhitectonice ale orașului. De-a lungul celor 400 km de străzi și trasee vor fi plantate uriașe vase cu flori și verdeață; 40 de embleme olimpice luminescente vor împodobi bulevardele; în locurile aglomerate și la intersecții vor fi instalate pictograme colorate, luminoase noaptea care vor oferi informații asupra locurilor de întrecere și modalitățile de a se ajunge acolo. Culoarea dominantă va fi albastru. Pînă la aprinderea flăcării olimpice pe Stadionul „V. I. Lenin” vor fi plantați circa 800 000 de arbori care vor mări cordonul de verdeață ce-i este specific

● 561 km va parcurge flacăra olimpică pe teritoriul României pe itinerariul: Giurgiu, București, Ploiești, Buzău, Rm. Sărat, Focșani, Mărășești, Adjud, Roman, Tg. Frumos, Iași, Albița, sosind la Moscova la 18 iulie 1980.



Complexul hotelier olimpic își
așteaptă oaspeții.

reevaluări

Fitness-ul și viața modernă

În lumea zilelor noastre, dominată de tehnologie și automatizare, **forma fizică bună a individului** — fitness-ul este un atribut obligatoriu pentru satisfacerea sarcinilor în procesele de producție.

Societatea modernă cu belșugul de produse agro-alimentare și tehnice creează nu numai senzația de bunăstare, ci și pe cea de confort.

Deși cuantumul de timp liber crește (weekenduri mai mari, vacanțe mai lungi), din păcate nu-l folosim în interesul sănătății noastre, amenințată de supraalimentație, sedentarism, stress, poluare.

În ciuda belșugului de informații în cele mai diverse domenii, avem încă o serie de incertitudini în ceea ce privește: care este cea mai bună cale de a ne crește copiii, de a-i educa, nu știm ce profesii să le alegem...

Trăim în orașe aglomerate, poluate divers (sonor, chimic etc.), în goană cu timpul, mînați de ambiții și dorințe, uitînd că toate acestea au influențe negative asupra organismului.

Nimeni nu este imun la stress, poluare și sedentarism. De la copilul de grădiniță, căruia i se refuză brutal o jucărie, la elevul de școală nepregătit, aflat în fața examenelor, de la tînărul îndrăgostit care suferă o deziluzie pînă la cei aflați în pragul pensionării — toți sîntem victimele stresului.

Este la îndemîna noastră și trebuie să fim conștienți că un pic de transpirație zilnică nu strică (un pic de efort fizic la care să aderăm spontan, pe care să-l facem cu plăcere din necesitatea senzației de bine pe care o creează).

Antrenamentul fizic presupune efort fizic gradat, progresiv, care se însoțește de apariția în timp a unor modificări funcționale și morfologice care reflectă adaptarea și ameliorarea performanțelor.

Efortul de tip aerob sau de rezistență este cel mai util aparatului cardiovascular și respirator atît pentru cei sănătoși cît și pentru unii cardiaci (bolnavi cu insuficiență coronariană și hipertensiune arterială). Nu atît intensitatea efortului, dar mai ales frecvența și durata solicitării prin efort sînt necesare pentru un antrenament rațional.

O frecvență de 3 ori pe săptămînă s-a dovedit optimă, după cum cel puțin 15 minute (30 minute valoarea medie) de efort pe ședință sînt absolut necesare.

Este necesară individualizarea aderării la un program de antrenament fizic care să pună de acord solicitarea prin efort fizic cu nevoile și capacitatea individului, cu fitness-ul acestuia. Un individ sănătos cu un anumit fitness va suporta un program de antrenament mai intens decît un se-

dentar complet neantrenat, la care antrenamentul va începe la nivele foarte joase.

Nu sîntem pentru antrenamentul fizic în grup constituiți adhoc din inițiativa participanților fără un control medical prealabil riguros. Unii simt nevoia de efort zilnic, dar îi vom avertiza că beneficiul real nu este pe măsura consumului de timp; efectul fiind aproximativ același ca la cei care practică efortul numai de 3 ori pe săptămînă.

Dacă cel puțin 6—10 săptămîni sînt necesare pentru a atinge un anumit nivel de condiție fizică, deconținerea (pierderea condiției fizice) are loc cam în același interval ca după o imagine în oglindă. Mușchii nu au memorie; memoria lor este scurtă, dar poate fi întreținută cu eforturi relative mici din partea noastră.

Antrenatul își crește eficiența profesională, își folosește mai rațional timpul liber, este mai eficient în tot ce face fără a mai percepe oboseala.

Pentru a fi eficace antrenamentul trebuie să nu fie exagerat de intens (să nu depășească 60—80 la sută din capacitatea maximă fizică), dar nici prea mic (sub 40—45 la sută).

Efortul fizic nu își atinge scopul dacă nu creează un grad de oboseală volițională, trecătoare, urmată de senzația de bine.

Tipul de antrenament variază cu: posibilitățile, aderența și opțiunea subiectului. El poate fi: mers, plimbare, alergare, înot, bicicleta ergometrică, tenis, canotaj etc.

Trebuie să învățăm să ne refrișăm, să ne relaxăm și să ne recreăm.

Doar cîteva contracții musculare simple (strîngerea și deschiderea pumnilor, frecarea palmelor,





scuturarea brațelor etc.) sînt suficiente sedentarilor pentru înlăturarea oboselei, pentru refrișare.

Tensionîndu-ne, încordînd mușchii, înregistrăm senzația de tensiune, căreia îi urmează obligatoriu destinderea mușchiului anterior solicitat — relaxarea care nu este numai a mușchiului, ci și a sistemului nervos.

Recrearea nu este bine înțeleasă în general. Ea nu este repaus absolut, ci, dimpotrivă, este activitate.

Sportul pentru unii poate fi recreare, pentru alții subiect de meditație; poezia, cinematograful, lectura pot fi mijloace de recreare. Recrearea rămîne asociată obligatoriu cu acea activitate profesională care reușește să te absoarbă complet, în care individul uită de sine și de neajunsurile cotidiene.

Refrișarea, relaxarea și recrearea sînt esențiale pentru sănătate, pentru viață. Ele trebuie învățate, reinvățate și practicate regulat.

Nu vom uita să ne permitem scurte momente de relaxare chiar în timpul activității profesionale.

Trebuie să ne organizăm astfel viața renunțînd la lucrurile neesențiale, la enervări și la lupta cu cronometrul folosind timpul pentru sănătatea noastră, pentru viață, bucurîndu-ne de alimentație rațională, mișcare și factori de mediu și binefacerile civilizației.

Dr. Silvia MĂRCUȘ



- Dumneata ai auzit de sedentarism ?
- Nu, tovarășe doctor, că eu stau mai mult în casă !

Nell COBAR

Homeostazia

Conceptul de normalitate se suprapune azi tot mai mult cu cel de homeostază. Este considerat „normal” un organism ale cărui constanțe homeostatice se mențin, chiar sub acțiunea unor factori ai mediului extern și intern, care nu depășesc intensități nocive. După W. B. Cannon, care a introdus noțiunea de homeostază în fiziologie, ea reprezintă capacitatea organismelor superioare de a se menține cu caracteristicile lor morfologice și funcționale într-un mediu de viață variabil. În acest proces, Cannon acordă o importanță mediului intern, matricei lichide a organismului (pe care o consideră ca reprezentînd o forță de integrare) și sistemului simpatoadrenal, ca sistem principal reactiv față de schimbările cu caracter perturbant.

În conceptul de homeostază, noțiunea de mediu intern, cu caracteristici constante, care asigură condițiile de viață elementelor anatomice ale corpului, aparține lui Claude Bernard. „Mediul intern, care este un adevărat produs al organismului, arată savantul, menține raporturile necesare de schimb de echilibru cu mediul cosmic extern; dar pe măsură ce organismul devine mai desăvîrșit, mediul organic se specializează și, într-un fel, se izolează din ce în ce mai mult de mediul înconjurător”.

Adept al acestei concepții, Daniel Danielopolu explică, simultan cu Cannon, menținerea echilibrată a diferitelor manifestări funcționale ale organismului prin două mecanisme funcționale neurovegetative: cel circular, denumit mecanismul cortico-endocrino-efector, care coordonează pe orizontală un al doilea mecanism, antagonist interstimulant, ca mecanism de apărare a echilibrului. Concepția lui Danielopolu reprezintă o altă construcție teoretică pentru explicarea autoîntreținerii funcțiilor în limite constante.

Dintre cele două concepții asupra mecanismelor homeostaziei s-a impus cea a lui Cannon, datorită nu numai prestigiului său, ci și faptului că reglarea homeostaziei a fost prelucrată la scurt timp după moartea sa matematic de către Wiener și Rosenblaueth, descoperitorii circuitelor cu „feedback” negativ, pe care se întemeiază homeostazia.

Organismul superior cu sisteme de autocontrol sau de reglare, care îi asigură independența față de mediu, este privit ca un homeostat. În acest sens, nu areoreori termenul homeostatic este utilizat pentru a desemna totalitatea mecanismelor care reglează funcțiile cardinale vegetative și de relație și mențin organismul în stare de echilibru dinamic.

Acest conținut extins al homeostaziei derivă tot mai din implicațiile și importanța ei în întreaga fiziologie. Extinderea duce însă la pierderea valorii științifice a noțiunii. Din necesitatea unei corecții, în anul 1963, H. Laborit, ale cărui preocupări de valorificare a generalizărilor fiziologiei în

patologia umană sînt bine cunoscute, distinge o homeostazie generalizată, care asigură supraviețuirea organismului în totalitate într-un mediu agresiv, prin conservarea posibilităților de fugă sau de luptă, rezervînd termenul de homeostazie restrînsă pentru autoreglarea mediului intern. Dimpotrivă, H. Patton, coautor al cunoscutului manual de fiziologie și biofizică, definește homeostazia drept conceptul constanței, sub forma unei stări de echilibru, a mediului intern sau a matricei lichide a organismului.

Corectarea distorbanțelor homeostaziei sub acțiunea mediului înconjurător, sau ca urmare a declanșării anumitor activități individuale, modificînd mediul intern, cum ar fi exercițiul fizic, dezechilibrul nutritiv, traumatisme, hemoragii etc., se realizează prin sisteme homeostatice neuroendocrine, ale căror modificări funcționale mențin constantele homeostatice.

Adaptarea fiziologică a fost definită de Prosser drept totalitatea proceselor ce permit menținerea activității fiziologice și supraviețuirea, cînd mediul de viață se modifică sub raportul unuia sau mai multor parametri, iar agentul modificat — stressor. În acest sens, variații importante ca intensitate și durată ale unor factori din mediul intern, ale unor structuri vii proprii, ale altor viețuitoare din mediul ambiant sau ale unor factori ai acestuia se pot solda cu dispariția individului sau cu supraviețuirea prin adaptare.

Față de criteriul statistic de supraviețuire, Hansel propune drept criteriu funcțional al eficienței adaptării capacitatea organismului adaptat de a-și menține homeostazia în condițiile noi, schimbate. Referindu-se la eficiența acclimatizării la hipoxia de altitudine, van Liere consideră drept criterii clinice ale unei adaptări eficiente: constanța greutății corporale la adulți, păstrarea ritmului de creștere la tineri, păstrarea apetitului, a senzației subiective de confort fizic și psihic și a capacității de reproducere.

Noțiunea de adaptare funcțională este utilizată în mai multe accepții. Se utilizează frecvent termenul pentru a designa exclusiv răspunsul imediat al sistemelor funcționale, declanșat prin mecanisme cu feedback pozitiv, la acțiunea agentului stressant. În acest caz, mai corect e denumirea de răspuns funcțional. Adaptarea funcțională este de fapt condiționată de timp. Ea se realizează total abia într-o a doua etapă, după cîteva săptămîni sau în mod total chiar ani. Această etapă este caracterizată prin modificări fizico-chimice tisulare. Instalarea acestor modificări se face progresiv, cu diminuarea răspunsurilor funcționale din prima etapă. Mecanismele nervoase indispensabile în prima etapă nu sînt necesare pentru realizarea modificărilor tisulare. Numai odată cu dispariția solicitărilor sistemelor homeostatice respiratorii, circulatorii, endocrine etc., reglate prin mecanisme nervoase și cu definitivarea modificărilor biofizice și biochimice celulare, prin care se asigură homeostazia de fond, adaptarea e considerată completă. Acclimatizarea, adaptarea la mai mulți factori modificați ai mediului, recunoaște mecanisme asemănătoare.

Adaptarea funcțională, între anumite limite, este un proces homeostatic.

Un organism adaptat la un factor ambiant dat are sub acest raport rezerve funcționale superioare în raport cu unul neadaptat. Acestea diminuează însă, odată cu apariția la nivel celular în celulele sistemului funcțional, adaptarea unor modificări fizico-chimice și biologice de asemenea intensitate care pot să contribuie, la rîndul lor, într-un cerc vicios, la perturbarea ireversibilă a homeostaziei.

Prof. dr. Ioan BACIU
rectorul I.M.F. Cluj-Napoca

Acupunctura

În mod paradoxal, alături de realizări științifice și tehnice care fac gloria secolului nostru, în întreaga lume face vîlvă o tehnică terapeutică statuată cu cîteva milenii în urmă: acupunctura. Dacă voga sa ar ține numai de seducția exercitată de tradiție asupra unei lumi refractare și neîncrezătoare în medicina modernă, persistența sa pînă astăzi nu ne-ar surprinde. Dar preocuparea pentru acupunctură cunoaște în prezent o asemenea insistență încît o putem considera o redescoperire. Nu numai că nu este apropiată unor inocențe, dar în multe țări este predată în facultățile de medicină, îi sînt consacrate institute și centre de cercetare științifică, sînt editate publicații, iar cele de medicină clasică îi rezervă spații și o includ alături de metodele moderne de tratament, se organizează periodic congrese și simpozioane.

Marea vogă a milenarei metode începe în anul 1959, cînd sînt rezolvate primele intervenții chirurgicale cu anestezie prin acupunctură. Surpriza unor asemenea efecte este așa de mare încît unii comentatori invocă drept explicație fenomenul hipnotic sau o anumită pregătire psihologică a celor supuși la intervenții chirurgicale. Argumentele cad însă cînd anestezia prin acupunctură este obținută experimental și pe animale, care, evident, nu pot fi... hipnotizate. Sînt inițiate cercetări științifice pe această temă în numeroase țări și realitatea efectelor acupuncturii este atestată în laborator. Se constată că, spre deosebire de drumul pe care s-a mers în medicina clasică în ultimele două secole, medicina asiatică a uzat de posibilități necunoscute nouă de o certă valoare practică. Punctele de acupunctură au o realitate incontestabilă confirmată prin cercetările moderne de electrofiziologie, iar acțiunea asupra lor este urmată de efecte terapeutice verificabile științific. Rolul acestor puncte se pare a fi al unor ferestre prin care organismul face un schimb de informații și energii cu mediul ambiant și cosmic. Configurația lor electrică are o evoluție ritmică după momentul zilei și starea fiziologică a organismului, influențată și de diverse evenimente cosmice și atmosferice (erupții solare, fazele lunii, precipitațiile atmosferice, sen-

sibilitatea la schimbările vremii manifestată prin dureri) și care are o expresie majoră în punctele de acupunctură. Fenomenul se explică prin faptul că orice modificare în starea atmosferică înseamnă implicit o modificare a electricității atmosferice la care aceste puncte reacționează prompt.

Ceea ce ni se pare uluitor este faptul că găsim puncte cu configurație bioelectrică asemănătoare punctelor de acupunctură în întreaga lume vie, inclusiv la plante. Deci întreaga lume vie efectuează un schimb electric cu mediul ambiant. După opinia mea marea glorie a acupuncturii, încă insuficient apreciată de lumea științifică, rezidă în faptul că a relevat în fața științei moderne laturi necunoscute ale fiziologiei omului, care, am convingerea că vor beneficia de o deosebită evaluare în viitor. De fapt, viitorul nu va revendica atât valoarea terapeutică a acupuncturii, cât cea teoretică, conceptuală.

Este firească deci întrebarea ce este adevărat în tratamentul prin acupunctură, răspunsurile la întrebare înțelegând să le dăm din considerație față de cititor, din înțelegere pentru suferință, din respect pentru adevăr și știință. De aceea voi aborda în primul rând avantajele acestui tratament. Se constată că acupunctura uneori este utilă acolo unde toate celelalte forme de tratament eșuează.

Întrucât acupunctura recurge la propriile resurse de vindecare ale organismului, poate fi considerată o terapie naturală. Cercetările efectuate până în prezent atât în străinătate cât și în țara noastră par să releve tot mai mult rolul sistemului nervos vegetativ în medierea efectelor acupuncturii. Mai exact, acul ar fi un stimul cu rol de micro-stress care pune în acțiune axul hipotalamus-hipofiză-corticosuprarenal. Într-o viziune figurant tehniciștii, am putea concepe funcționarea organismului ca un sistem oscilator. Un anumit ritm în oscilațiile sistemului exprimă starea de sănătate, iar disritmia sa, starea de boală. Acul nu face decât să aducă un impuls de intensitate adecvată menit să restabilească oscilațiile organismului la ritmul corespunzător stării de sănătate. Realmente dacă, de exemplu, tratăm o durere, în primele ședințe obținem o exacerbare a ei, care se reproduce cu o intensitate tot mai scăzută la fiecare ședință până dispare. O astfel de reacție este întotdeauna de bun augur pentru rezultatul terapeutic. Cercetări recente au arătat că în mod natural organismul se apără împotriva durerii secretând la nivelul creierului niște substanțe asemănătoare ca efect cu morfina, de unde denumirea lor — endorfine (morfine de origine internă). S-a constatat prin determinări de laborator că acupunctura combate durerea, stimulând secreția de endorfine a organismului.

Se înțelege că nu numai acul poate realiza o astfel de reacție în organism. Astăzi s-au imaginat multe alte mijloace de stimulare care pleacă de la aceste realități biologice. De aceea credem că termenul de acupunctură a devenit anacronic și mult mai corect fiind cel de stimuloterapie. Într-o eră în care simțim invadaj de droguri farmaco-chimice care implică indiscutabile efecte secundare, acupunctura apare ca o soluție terapeutică ce le poate



evita, cazul nu are contraindicații și efecte secundare. De exemplu, pentru un bolnav de ulcer tratarea unei migrene sau dureri de sciatică cu analgezice de uz curent constituie o contraindicație. Enumerând avantajele acupuncturii este necesar să menționăm și economicitatea metodei, faptul că nu necesită investiții deosebite pentru aplicarea nici din partea medicului și nici a bolnavului.

Și totuși ar fi eronat să considerăm eficientă acupunctura în toate bolile. Indicațiile sale majore le constituie afecțiunile dureroase și tulburările așa-zis funcționale. În mod curent acupunctura poate fi eficientă în combaterea migrenelor, nevralgiilor, durerilor de tip reumatic (spondiloză, discartroze) și cu determinare complexă: dischinezii biliaro-digestive, colite (uneori chiar ulcer duodenal sau gastric), astm, tulburări ale funcției sexuale fără substrat endocrin. De fapt, gama de indicații enumerate are în vedere eficiența maximă a acupuncturii, întrucât numărul bolilor în care este folosită este mult mai mare, deși terapia modernă îi reduce treptat aria de întrebuintare.

Terapia prin acupunctură este funcțională, neoperând asupra modificărilor de tip organic lezional. Deși efectele sale nu pot fi definitive. De exemplu, într-o migrenă care presupune un model patologic în funcționarea sistemului nervos, transmis ereditar sau apărut sub influența a diverși factori, acupunctura reușește pentru un anumit timp (de la câteva luni la câțiva ani) să-l schimbe și să imprime un model normal de funcționare a sistemului amintit. Este adevărat că toate celelalte metode de tratament nu asigură decât combaterea unei crize, în timp ce prin acupunctură se poate obține o liniștire a bolnavului pentru o durată mai mare.

Trebuie să afirmăm că în ciuda publicității care se face în jurul unor metode de tratament, cu excepția unor procedee chirurgicale, nu există în prezent nici o posibilitate prin care să se poată obține combaterea definitivă a unei nevralgii, ci numai întreruperea ei pe o durată variabilă. În cazul astmului, urmărind bolnavi în laborator, am constatat că în 5—10 minute de la aplicarea tre-

tamentului prin acupunctură dispar spectaculare dificultățile respiratorii numai prin simpla aplicare a acelor. Am obiectivat fenomenul prin probleme de ventilație respiratorie și nu mai încap dublul în acest sens. Cea mai notabilă reușită obținută în tratamentul prin acupunctură a astmului a fost dispariția totală a crizelor cu suspendarea completă a oricărei alte terapii timp de 9 luni. Dar o infecție intercurrentă a readus bolnavul în criză. Reluând tratamentul am obținut suspendarea crizelor numai 2 luni, însă la alți bolnavi rezultatele au fost mai modeste, deși crizele astmatice erau „tăiate” imediat după ce se aplicau acele. În această situație se pune întrebarea: cîți suferinzi de astm își pot permite să apeleze permanent la tratamentul prin acupunctură, ținînd seamă că durata unei ședințe este de minimum 30 de minute, iar un bolnav are nevoie să efectueze mai multe serii a 10—15 ședințe de tratament? Răspunsul evidențiază o risipă de timp.

Rezultate durabile am obținut și în tratamentul unor tulburări din sfera sexuală la ambele sexe. Explicația? Nu aveau un substrat lezional, ci reprezentau o decompensare momentară care s-a redresat prin tratamentul cu acupunctură. În ultimul timp s-a vorbit mult în diferite țări despre efectul benefic al acupuncturii în pareze și paralizii apărute în urma unor accidente vasculare cerebrale. Pe baza experienței pe care o dețin pot afirma că s-au obținut unele rezultate, după un tratament prin acupunctură de minimum un an (timp

care nu poate fi acordat pentru spitalizare), cînd s-a obținut mai exact o ameliorare foarte variabilă ca întindere. De asemenea, experiența noastră a arătat că de tratamentul prin acupunctură nu beneficiază leuconevraxitele și sechelele mari de encefalită la copiii handicapați. După cercetări și încercări care au necesitat ani și foarte multă răbdare unii cercetători din străinătate au reușit să obțină ameliorări în encefalopatii infantile.

Exemplele de mai sus atestă că tratamentul prin acupunctură are eficiență în bolile menționate, dar nu în același grad la toți pacienții, mergînd de la dispariția fenomenelor pe un timp limitat și pînă la scăderea intensității crizelor și a ritmului lor de apariție. Ineficiența acestui tratament în toate cazurile impune deci testarea bolnavului înainte de a i se aplica, pentru a nu se irosi timpul, a nu se amăgi suferindul sau a compromite această străveche metodă. De aceea este necesar ca acupunctura să fie aplicată numai în cadrul specialității medicului respectiv, medicul specialist (neurolog, reumatolog, stomatolog, internist) fiind singurul competent să orienteze bolnavul spre tratamentul prin acupunctură.

În concluzie opinez că acupunctura trebuie considerată ca o metodă terapeutică numai în anumite afecțiuni și numai la anumiți subiecți, deci utilă numai în anumite limite.

Doctor în științe medicale
Constantin DUMITRU MĂRCHIA

EFECTE FAVORABILE ÎN STOMATOLOGIE

Printre avantajele care au contribuit la crearea încrederii în acupunctură, în prim-plan se situează efectele de combatere a durerii — uneori spectaculoase, obținute în suferințe vechi și chinuitoare, nestăvilit nici cu cele mai noi mijloace ale medicinei și reducerea consumului de medicamente, în-deosebi calmante ale durerii.

Despre efectele favorabile ale acupuncturii am luat cunoștință cu peste două decenii în urmă, iar în anii 1961—1964 am frecventat institute de specialitate din China, Vietnam și Laos. La Hanoi am avut posibilitatea să studiez acupunctura și medicina tradițională, să cunosc efectele unor ceaiuri și tizane din plante, precum și ale metodei „Moxa” aplicată în medicina generală. Am utilizat apoi tratamentele prin acupunctură la Facultatea de stomatologie din București în combaterea durerilor provocate de afecțiunile buco-maxilo-faciale, rezultatele obținute la numeroși pacienți comunicîndu-le în reuniuni științifice organizate în țara noastră, la Paris și Hanoi, publicîndu-le în reviste de specialitate din țară și străinătate. De asemenea, unii dintre studenții noștri au susținut lucrări de diplomă despre aplicabilitatea practică a acupuncturii, au construit aparate pentru detectarea punctelor sau pentru a fi utilizate în electro-acupunctură.

Este cunoscut că în stomatologie, specialitate ce tratează cele mai variate afecțiuni, majoritatea ca-

racterizate prin dureri puternice, vii, se folosesc multe anestezice. Explicația? Cavitatea bucală percepe mai multe senzații decît pielea, iar milioanele de receptori cu sediul în dinți, mucoasa bucală, parodontiul, pe suprafața bolții palatine și în limbă transmit senzațiile gustative, termice, tactile, de presiune, la sistemul nervos central, provocînd reacții efortorii în mușchi, glande salivare și articulația temporo-mandibulară. Dar mulți pacienți se tem de injecții, iar unii fac alergii la anestezi-cele citate. În aceste cazuri, implantînd ace în mîină (4 I G) și apoi pe față fie în locul duros, fie în punctele clasice sau detectate cu aparate speciale, am obținut efecte analgezice de durată.

Ameliorări ale durerii, crearea unor perioade lungi de acalmie sau dispariția durerilor s-au reușit și în nevralgia de trigemen, caracterizată prin crize fulgurante sau dureri mari, persistente și exasperante. Aceste rezultate încurajatoare s-au obținut după diagnosticul precis al afecțiunii și al ramurii trigemenului (oftalmice, maxilare sau mandibulare) și după înțeparea unor puncte de pe față, de pe pavilionul urechii sau de la distanță, la pacienți cu suferințe recente, dar și la unii care s-au prezentat tardiv după ce consumaseră cantități enorme de calmante (cite 3 000—4 000 de tablete). Rezultate foarte bune s-au obținut și în hemiparalizii faciale periferice (Charles Bell), numite și „afri-gore”, inclusiv la copii.

În pregătirea cavității pentru obturații și mai ales în șlefuirea dinților în vederea realizării diferitelor lucrări proteice, în extirpări de nervi (pulpite), incizii de abcese dentare, extracții dentare, în tratamentul afetelor și al unor gingivite, precum și în lipotimii postanalgezice acupunctura a dat rezultate foarte bune. De asemenea, în cazurile de trismus (deschiderea limitată a gurii), cauzate de procese inflamatorii apărute înainte sau după intervenții chirurgicale, s-a realizat în aceeași ședință o deschidere de 2—3 cm, dând posibilitatea accesului endobucal. Desigur, lista intervențiilor stomatologice care beneficiază de tratamentul prin acupunctură nu se încheie aici, dar ar mai fi de semnalat aplicarea lui la pacienți cu alergii la diferite medicamente, între care și anestezicele, căroră numai astfel li s-a putut efectua asanarea cavității bucale prin extracții.

Dealtfel și alți stomatologi din țara noastră (dr. Traian Crăciun din Cluj-Napoca, dr. A. Ciucurescu din Brașov, dr. Florea Dinu din Cîmpina) folosesc acupunctura pentru a combate durerile.

Pe baza acestor considerații și a experienței pe care o dețin apreciez că acupunctura aplicată în stomatologie s-a dovedit ca o metodă de tratament fără nici un risc pentru pacient, comodă (practicându-se pe fotoliu dentar), extrem de economică și deosebit de corespunzătoare în cazul suferinzelor de alergii.

Și totuși acupunctura nu trebuie privită ca un panaceu universal, întrucât eventualele insuccese se



ADIAV

pot datora unei indicații sau unei tehnici aplicate necorespunzător. S-ar impune deci ca și în țara noastră să se organizeze cursuri de specializare în acupunctură, satisfăcându-se și interesul unor studenți, români sau străini, față de această metodă și dorința de a-i cunoaște tehnica de aplicare. Printr-o ținută de înaltă deontologie medicală și o însușire temeinică a metodei, care să nu-i compromită eficiența, acupunctura poate înregistra succese în lupta împotriva durerii și poate deschide calea către o reconsiderare corespunzătoare, în interesul bolnavilor.

Dr. Irina IONESCU-POGĂCEANU

șef de lucrări Facultatea de stomatologie București

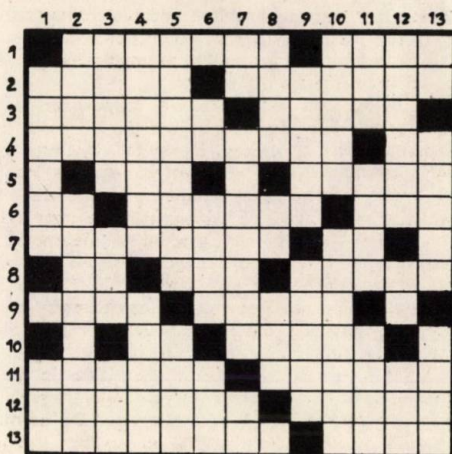
ORIZONTAL : PENTRU SĂNĂTATEA DUMNEAVOASTRĂ !

VERTICAL : 1) Cu grijă deosebită — Cea mai frecventă culoare a irisului. 2) A geme (fig.) — Procese afective. 3) Organul principal al sistemului circulator — Parte a laringelui ! — Distrofie endemică tiropatăă (abr.). 4) Mici piese de teatru — A depila. 5) Cîntăreți captivi (dimin.) — Localit. în R. P. Polonă (Krakow). 6) Campion — Periodicitatea bătailor inimii — Reflexiv. 7) Radu Boureanu — Con tracție spastică, semn precoce în tetanos — Țepe ne ! 8) Reflectarea propriei existențe de către conștiința individuală a omului (pl. ; Fil.) — Din cosmos ! — Noiembrie (abr. uz.). 9) Prima parte a intestinului gros — Scriitoare franceză, supranumită „La Bruyère femelle” (1684—1750). 10) În atenția puericulturii — Acoperă cavitatea brahială a peștilor (sing.). 11) Sau — Localit. în Elveția (Ticino) — Iată ! (latin.). 12) Imitații pe scenă — Factor de grup în hematologie — Curelușă de meșină (Olt.). 13) Nicolae Iorga — Scos în relief — Nepot (inv.).

DICTIONAR : Pcim, Staal, Arzo, ecce, onuc.

Dr. Nicolae ANDREI

PROFILAXIE



PREPARATE CULINARE CONSERVATE PRIN FRIG

Folosirea frigului în scopul conservării alimentelor s-a extins în ultimele decenii pe plan mondial, constituind astăzi cea mai sigură posibilitate de păstrare pe timp îndelungat a acestor produse. Realizat de câțiva ani și în țara noastră, procedeul de conservare prin frig reușește ca într-un timp scurt (2-3 ore), prin răcirea bruscă la -30 de grade C, să asigure formarea unor mici cristale de gheață uniform distribuite în interiorul și la exteriorul celulelor din masa alimentului respectiv care rămân intacte. Dar metoda conservării prin frig prezintă și avantajul că dacă un aliment sau preparat culinar este decongelat fără să fie încălzit sau cufundat în apă caldă, apa din cristalele topite revine încet la locul inițial, iar alimentul sau preparatul își va recupera atît aspectul cît și proprietățile.

Preparatele culinare conservate prin frig realizate de industria noastră alimentară se prezintă în două variante: **semipreparate ale căror componente sînt în formă finită** (eliminîndu-se astfel din munca gospodinei operațiile migăloase de curățire, tăiere, radere etc.) și produse gata fi-

nisate culinar, la care gospodina nu trebuie să adauge decît cîteva elemente prin care le conferă aroma și gustul preferat (smîntînă, iaurt, oțet, pătrunjel, mărar).

Avantajele pe care le prezintă preparatele culinare conservate prin frig pot fi astfel exprimate sintetic:

- **Economie de timp** (un preparat poate fi servit după o activitate culinară de 10-15 minute).

- **Calitate superioară**, determinată de procedeul de conservare — frigul —, care asigură tuturor elementelor componente menținerea tuturor principiilor nutritivi specifici produselor respective în stare proaspătă (de exemplu, conținutul de 44 la sută în vitamina C în cazul mazării boabe, se menține în cazul legumii congelate la 39 la sută față de 36 la sută cît are mazărea conservată). Calitatea este asigurată, totodată, prin folosirea numai a unor legume sau fructe care se comportă bine la frig, printr-un înalt grad de igienă realizat pe tot timpul procesului de producție, datorită tehnologiei și supravegherii ei competente.

- **Asigurarea continuității consumului de legume și fructe pe tot timpul anului, a unei alimentații echilibrate, raționale.**

- **Posibilitatea realizării rapide a unor meniuri consistente și variate**, datorită gamei sortimentale pe care o oferă încă de acum industria preparatelor conservate prin frig și care constă într-un mare număr de supe și ciorbe, mincăruri cu sos, fripturi, sîntețe cu garnituri de legume, tocături de carne, fructe, aluaturi simple sau cu fructe.

- **Îmbunătățirea gastrotehnicilor în realizarea preparatelor** întrucît sortimentele de preparate, mai ales cele noi, deși sînt realizate pe baza rețetelor culinare tradiționale, nutriționiștii și specialiștii din industria alimentară le-au adus corective utile substituind grăsimile animale cu cele vegetale, evitînd gastrotehnică „clasică” prin adoptarea celei contemporane prin care se contribuie la o alimentație rațională.

Enumerînd aceste avantaje ale preparatelor culinare conservate prin frig care se fac din ce în ce mai prezente în viața omului contemporan, prefigurînd perspectivele alimentației de mîine, dorim să menționăm încă două aspecte:

- **Folosirea lor în cele mai optime condiții este dependentă în egală măsură de trei factori: industria producătoare, comerț și consumator.** Toți factorii au o îndatorire comună: să respecte „lanțul frigului”, adică să asigure menținerea continuă a temperaturilor coborîte pe tot traseul de la producător pînă la frigiderul consumatorului.

- **Posibilitatea de a cumpăra în anul 1980 cele peste 80 de sortimente conservate prin frig, realizate de cele 13 unități producătoare din țara noastră, în magazinele lor de prezentare din Arad, Bacău, Craiova, Sibiu și Suceava, precum și în magazinele alimentare din Capitală și din numeroase județe.**

În anul 1981 gama acestor preparate se va lărgi cu încă 17 noi sortimente dietetice, testate în Clinica de nutriție și boli metabolice din București și realizate de cea mai nouă fabrică de profil din țara noastră.



######

ULEIURI VOLATILE

Cine nu percepe parfumul teilor în floare, aroma înviorătoare a mentei, cea învăluitoare a levănțicii sau aroma balsamică specifică coniferelor ?

Toate aceste „amprente” olfactive ale unor plante se datoresc uleiurilor volatile, substanțe active cu o deosebită valoare terapeutică din compoziția chimică a unor plante medicinale. Poate nu este lipsit de interes faptul că menta, levănțica sau cimbrul întrec de câteva ori valoarea antiseptică a fenolului. În afara proprietăților antiseptice, extrem de utile în numeroase dermatoze, în inflamații ale căilor respiratorii, unele uleiuri eterice existente în plante au și certe virtuți sedative, antireumatismale, tonice.

Pornind de la aceste virtuți, magazinele „Plafar” oferă unele uleiuri volatile, ce pot fi utilizate îndeosebi sub formă de băi aromatice, inhalații sau fricțiuni. De exemplu : *uleiurile de brad*, pin și molid, care datorită efectelor antiinflamatorii și antiseptice asupra căilor respiratorii sînt eficiente în bronșite, traheolaringite (sub formă de inhalații), iar datorită efectelor antiseptice deosebite sînt indicate în inflamații ale pielii de diverse etiologii. De asemenea, pot fi folosite ca aromatizante pentru băi și deodorizante pentru încăperi, imprimîndu-le un miros specific, răcoritor.

Uleiul de mentă este utilizat sub formă de băi cu efect tonic general și antiseptic (în inflamații ale pielii de diverse etiologii), sub formă de inhalații pentru degajarea căilor respiratorii (în astm bronșic, bronșită, traheită și laringită), de fricțiuni (5 g ulei de mentă la 95 g de alcool), pentru calmarea durerilor reumatice și mîncărimei produse de urticarie și de masaje ușoare ale tîmpelor (cu degetele muiate în ulei de mentă), în combaterea migrenelor, ca deodorizant al încăperilor și pentru realizarea unei ape de gură (cîteva picături din amestecul de mai sus la 250 ml de apă).

Uleiul de levănțică este folosit în băi cu efect antiseptic și bactericid, în tratarea unor răni purulente, cu acțiune cicatrizantă, regeneratoare în numeroase boli de piele, cu efect sedativ, contribuind la combaterea migrenelor și insomniilor (cu 30—60 de minute înainte de culcare). De asemenea, ca aromatizant pentru băi.

Uleiul de ienupăr este utilizat ca inhalant pentru mărirea și fluidificarea secrețiilor bronhice și calmant în bronșite catarale, în fricțiuni antireumatismale și antigutoase (1 la sută ulei în alcool) și prepararea băilor recomandate în boli reumatismale.

Uleiul de isop se folosește la realizarea băilor cu pronunțat efect cicatrizant și antiseptic, recomandate în diferite boli de piele și în inhalații în caz de astm, bronșită și traheită.

Uleiul de fenicul se utilizează în prepararea băilor recomandate în eczeme și iritațiile pielii și în compresele aplicate în echimoze și dureri reumatismale.

Pentru băi se realizează un amestec în părți egale din ulei volatil și alcool, din care se pun 2—4 g la o baie ; pentru inhalații se toarnă în apa fierbinte cîteva picături de ulei.

Biolog Mircea ALEXAN



Noi filiere ale întîlnirii cu... moartea

Cotidienele și periodicele de mare tiraj ale presei occidentale, în special cele americane, continuă să publice cu frecvență accentuată apeluri-avertisment pentru intensificarea luptei împotriva abuzului de droguri, a căror nocivitate și implicații sociale au fost de mult denunțate.

Recent, cunoscutul publicist american Donald Neff de la revista „Time” semna un amplu reportaj despre „filiera columbiană” a drogurilor, notînd cu amărăciune că aproximativ 2 milioane de americani plătesc anual 20 miliarde de dolari pentru 66 000 pfunzi de pastă brută de cocaină din care 80 la sută sînt asigurați de Columbia. Potrivit relatărilor lui Peter Bensingher, șeful serviciului american de sancționare a drogurilor, Columbia a devenit, în același timp, în ultima vreme, cel mai mare furnizor de marijuana din lume. Clifford Cheney de la agenția de presă U.P.I. a întreprins la rîndul său serioase investigații asupra drumurilor ilicite ale drogurilor din Bolivia. Un alt coleg de breaslă, Gordon Stevens, de la „The Observer”, a cercetat cu interes pe cele din Peru. Concluzia unanimă: deși capturile făcute în ultimul timp de către organele polițienesti sînt impresionante, cu toate că numeroase rețele de traficantî au fost practic distruse, fenomenul continuă totuși să se manifeste, lumea interlopă își regroupează forțele, acționînd parcă cu o virulență și mai sporită.

„Triunghiul de aur” de la granița dintre Thailanda și Birmania, important nod de plecare a tuturor rețelilor comerțului cu heroină, cele două „triunghiuri de argint”, primul la frontiera dintre Bolivia, Paraguay și Brazilia și al doilea în tînutul de nepătruns al Amazoniei, între Peru, Brazilia și Columbia, precum și alte zone ale lumii continuă să ofere importante

cantități de materie primă pentru cocaină și marijuana.

Șapte milioane de indieni din regiunea Anzilor cultivă coca, din ale cărei frunze vindute ilegal pe piață se extrage cocaina. O însemnată parte din frunzele recoltate în Bolivia, în zona Chulumam și Cochabamba, iau calea traficului ilegal. Cocaina de producție columbiană, comercializată sub forma de pastă, este dirijată în cea mai mare parte spre greu controlabila zonă a frontierei de est a țării. Cocaina peruană ia drumul spre nord, prin Ecuador sau spre nord-est. Traficanții de droguri din această țară realizează anual peste 500 milioane de dolari din vînzarea cocainei.

Cocaina columbiană pătrunde în S.U.A. pe trei drumuri principale: pe calea aerului, pe apă și pe uscat. Avioanele comerciale ale Companiei „Braniff” asigură legătura între Bogotha și Los Angeles; pe uscat transportul se face prin așezările țărmlui nordic columbian, iar pe apă prin portul peruan Zquitos. Insușirile fizice ale stupefiantului, mult mai compact decît marijuana, înlesnesc transportul acestuia, care poate fi cu ușurință ascuns în tuburi de pastă de dinți, scrisori, batoane de zahăr, portofele etc. În plus, cocaina poate fi dizolvată în apă, lichior, parfum sau alte lichide, efectele ei nocive rămînd aceleași.

În comerțul cu droguri, cocaina cîștigă tot mai mult teren, pentru că producția stupefiantului se obține cu ajutorul unor instalații simple și greu controlabile, iar consumatorii lui, în mod ciudat, îl consideră mai puțin primejdios decît celelalte droguri.

În ciuda luptei de îngrădire a comerțului cu stupefiante, care îmbracă forme multiple și variate, profiturile lumii interlope sînt atît de mari, încît orice risc poate fi răsplătit din plin. Cel puțin patru dintre marile grupări ale Mafiei americane — Colombo, Genovese, Lucchese, Bonanno — dirijează comerțul cu droguri, din care unul este „specializat” în traficul de cocaină. Între anii 1973—1979 prețurile pentru frunzele de coca au crescut în Statele Unite de peste 15 ori, iar pedepsele aplicate traficantilor surprinși au fost din ce în ce mai ușoare, atît în S.U.A. cît și în Europa occidentală, unde un infractor asupra căruia s-a găsit cocaină poate fi condamnat doar la cîteva luni închisoare. „Traficul de cocaină — se apreciază în raportul anual al Interpol-ului dat publicității la Geneva — a crescut ca urmare a suoraproducției de frunze, în timp ce „mai puțin de 5% din aceste frunze sînt folosite în scopuri farmaceutice”. Consumul de cocaină atinge cel mai înalt nivel în S.U.A. și Canada, aflîndu-se în neconțință

creștere în Spania, Franța, Italia și Marea Britanie. Centrele de distribuire a cocainei rămân la New York, unde anual se organizează noi și mari rețele de traficanți pe care poliția federală nu-i poate supraveghea.

Autoritățile americane desfășoară o largă campanie de lămurire a opiniei publice, prin numeroase mijloace de informare în masă despre primejdia drogurilor asupra sănătății, încercînd în același timp să limiteze noua filieră sud-americană, prin întărirea forțelor polițienești, creșterea pedepselor pentru infractori și complicități acestora, confiscarea bunurilor mobile și imobile obținute în mod ilicit.

„În împărăția“ peninsulei Guajira

Căutătorii de profituri rapide și sigure au găsit în imensitatea întinderilor din regiunile ecuatoriale și tropicale ale Columbiei ideale locuri de cultivare a cînepei indiene (*Cannabis sativa*) din ale cărei flori și frunze se extrage marijuana.

Garcia Ardenez, fostul ministru de justiție al Columbiei, vrînd să dovedească falsitatea știrilor oficiale potrivit cărora pe

DOSAR

mai bine de 35 000 de acri se cultivă otrăvitoarea cînepă, materie primă pentru marijuana, a survolat cu elicopterul, trei zile, provinciile din nordul țării. La sfîrșitul investigației, Ardenez constata nu numai că știrile sînt adevărate, ci și că suprafețele de teren cultivate cu marijuana sînt de 10 ori mai întinse. „Nimeni nu s-ar fi gîndit — declara el cu stupefacție — că problema aceasta să fi atins asemenea proporții“. Este explicabil de ce producția columbiană de marijuana atinge anual 6 milioane de pfunzi, în valoare de peste 3,5 milioane de dolari. Cultivatorul nu beneficiază decît de 1 la sută din aceste profituri, oricum mai mult decît i-ar reveni dacă ar cultiva orice altă plantă textilă, industrială sau cerealieră.

„Marfa“ produsă este transportată în S.U.A. pe calea aerului. Pe întinsul peninsulei Guajira au fost descoperite numeroase piste de decolare ilegale. Și piloții care asigură transportul drogurilor realizează profituri fabuloase, ele depășind 50 000 de dolari pentru un singur zbor. O singură tonă de marijuana „la negru“ valorează 6 milioane de dolari.





Dar calea aeriană nu constituie singurul mijloc de pătrundere a stupefiantelor în S.U.A. Drumul pe apă pare să fie tot atât de convenabil, de vreme ce țărnul adînc crestat, măsurînd o întindere de peste 1 300 de mile, oferă un foarte bun ascunziș pentru yahturi, traulere, fregate sau alte tipuri de nave mai mici, care se strecoară neobservate, înșelînd vigilența pazei de coastă americane. La aceasta se adaugă și faptul că ea nu poate acționa decît în limitele celor 12 mile marine. Amiralul John Hayes din paza de coastă declara că numai 10 la sută din cantitatea de droguri care pătrund în S.U.A. pot fi interceptate de forțele sale.

Bătălia împotriva traficului de stupefiante este dificilă, dar aprigă. Terbay Aqala, noul președinte al Columbiei, a ordonat de curînd o puternică și susținută acțiune de combatere a fenomenului, punînd sub restricții militare întreaga peninsulă Guajira. Ca urmare, poliția judiciară a capturat în ultimele luni cocaină și marijuana în valoare de aproape 1,5 miliarde de dolari, 60 nave de transport, 34 de avioane, 70 de autovehicule, sute de arme, operînd în același timp peste 550 de arestări. În orașele mari și la frontiera cu Ecuadorul au fost descoperite 73 de laboratoare de preparare a cocainei, iar de-a lungul peninsulei au fost identificate 50 de aeroporturi clandestine. Lărgindu-și efectivele, poliția, armata și serviciul secret participă la acțiunea de distrugere a culturilor atât de numeroase încît sînt imposibil de lichidat. În mai puțin de 4 luni au fost descoperite cadavrele a 10 traficanți ca urmare a creșterii violenței între diferitele grupuri. În orașul Riohacha, capi-

tala peninsulei Guajira, în numai două luni au fost ucise aproximativ 100 de persoane. Mergînd pe filieră, violența crește și continuă pînă în Florida, unde numai în cursul anului trecut au fost împușcați 27 de traficanți.

Comerțul cu droguri se dezvoltă atât la sursă cît și la distribuire, prin corupție. În Long Island, numeroși ofițeri din paza de coastă, mituiți, au lăsat să treacă nestîngherită o navă cu peste 20 de traficanți care transportau 30 tone de marijuana. În schimbul unor sume de bani, mulți vameși de la frontierele Columbiei și Boliviei au facilitat traficul de cocaină și marijuana. De la mită la creșterea numărului de funcționari corupți care sprijină sau pot sprijini autoritățile nu-i decît un pas.

Încercările de îngrădire a comerțului cu droguri sînt încă timide, iar de multe ori măsurile se dovedesc ineficiente. Este ușor de înțeles de ce statisticile scot în evidență că 42 milioane de americani au fumat cel puțin o dată marijuana. Consumul se ridică zilnic la 130 000 de pfunzi, ceea ce reprezintă dublarea lui față de 1974, pentru care se cheltuiesc anual 25 miliarde de dolari.

Toxicomanii, adulți și tineri, sînt scoși în afara societății, viciul împingîndu-i către crimă, furt sau prostituție, de cele mai multe ori sfîrșind pe patul spitalelor. Stîrpirea comerțului cu droguri nu poate fi realizată printr-un apel — avertisment, ca acțiune de suprafață. Cauzele fenomenului fiind mult mai adînci, trebuie stîrpite rădăcinile răului prezente în însuși sistemul social-economic, generator al teribilului flagel.

Dumitru ANDREI



ÎN TRE DOUĂ CONSULTAȚII

La pediatrie, în fața cabinetului medical.

- Pe tine ce te doare ?
- Nimic. Dar pe tine ?
- Nici pe mine. Bunica zice că sufăr de colibaciloză.
- Fleacuri. Eu am suferit săptămîna trecută de tetraciclină.
- Asta nu-i boală. E medicament. L-a luat bunicul cînd a avut gripă.
- Minți.
- Cum să mint ? Vrei să spui că bunicul n-a avut gripă ?
- Ba cred că a avut gripă, dar a luat aspirină. Tetraciclină e o boală. Ți-am spus că am suferit de ea săptămîna trecută.
- Nu-i adevărat. Dacă vrei îți aduc cutia să vezi că e medicament. Ai înțeles tu greșit.
- Poate vrei să spui că n-am avut nici leucogramă ?
- Leucogramă se poate să fi avut. Ți-a fost rău ?
- Nu, dar ziceam că mi-e.
- Rău, rău de tot ?
- De tot. Ziceam că mă doare capul, că nu mi-e foame și că n-am chef de joacă. Așa zic ori de cîte ori vreau. Atunci bunica începe să alerge, dă telefoane la policlinică...
- Și la radio, nu-i așa ?
- La radio, la cunoștințe. Cheamă lumea să mă vadă, pregătește mese, are o grămadă de treabă.
- Și a mea face la fel.
- Cînd trebuie să venim la policlinică se duce la coafor, își pune rochia și pantofii noi.
- Asta o fi bucuria lor.
- În zilele celelalte mămică și tăticu sînt la servicii, eu sînt la grădiniță. Se plictisește, săraca...
- Și a mea la fel. Da' ia spune, ce bon ai ?
- Zece.
- Și eu nouă. Pînă cînd ne vine rîndul, hai să mergem pe-afară : jucăm șotron.
- Nu se poate. Vrei să se sperie bunicile că ne-am făcut sănătoși ?
- Ai dreptate. Mai răbdăm puțin și cînd se duc ele să cumpere vitamine de la farmacie rămînem afară și jucăm leapșa. De acord ?
- De acord. Dar de unde știi că or să cumpere vitamine ?
- Păi așa face nenea doctorul de fiecare dată. Mie îmi prescrie vitamine și ei „Diazepam”. Știi cum se liniștește după asta ? Pot să mă joc pînă seara.

Rodica TOTT

UITARE

O curcă beată
Se bălăbănea prin ogradă :
— „Cine poate să înțeleagă,
Să știe.
Să creadă ?
Am adunat în inimă
Prea multe dureri.
Ce vă zgîiți așa la mine,
Suflete de muieri ?
Beau și caut alinare
În uitare,
Am suferit prea mult,
Beau ca să uit...”

Zise un gînsac : — „Dacă-i așa,
Dacă bea ca să uite,
De ce nu uită să bea ?”

Iar MORALA poate
De aici să înceapă :
Bea ca să uite de apă !

Aurel BARANGA



- Cîte simfonii a scris Beethoven ?
- Trei ! Patetica, Eroica și a noua.



Medicul : Consumați alcool ?
Pacientul : Puțin.
Medicul : Înainte, sau după masă ?
Pacientul : Între mese !

Cornel TABACU

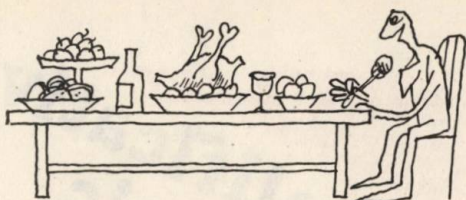
„SFATUL MEDICULUI”

Astăzi e duminică. N-are rost să fac pe bolnavul. Am relache. Nu mă doare nimic, nu mă vait de nimic. Abia de mine încolo am nevoie de scutire medicală. Dar, la ce? Cu ce să-ncep ca să-mi meargă bine toată săptămîna?

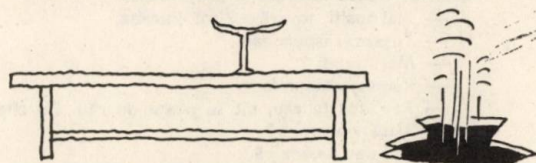
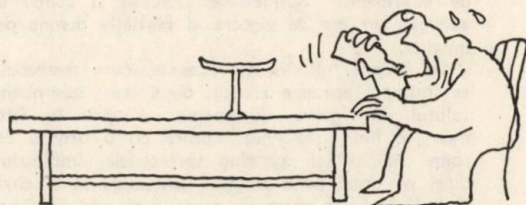
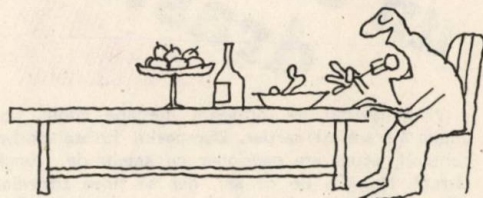
Deci, ce să fac? Ah, da. Să scriu unei reviste care are și rubrica „Sfatul medicului”. Cei de la „Sfatul medicului” sînt mult mai operativi. Îți dau răspunsul în doi timpi și trei lingurițe de „romergan-sirop”. De exemplu: I. M. Strehala: „Am primit radiografia. Colita dv. se prezintă mult mai bine decît în numărul trecut. Mai încercați!” Sau: Adonis-Afumați: „Am primit pachetul. Ați înțeles greșit. V-am cerut numai rezultatul analizelor. Noi n-avem laborator”. Altul: Florica-Urlea: „Cred că în numărul trecut ați încurcat rubricile. Ne-ați confundat cu «Colțul filatelistului». Am înțeles că v-ați pus comprese! N-am înțeles de ce nu se mai dezlipesc. Și nici nu știm cine v-a recomandat «Pelicanol» în loc de «Patlagină»...”

Le-am scris și eu acum o lună. Aveam o răceală!... Dar pînă să-mi vină răspunsul mi-a trecut și-am dat-o pe bronșită. Între timp, ca să nu mă plictisesc, am căutat ceva similar în numerele mai vechi. Am răfoit toată colecția. De la otita lui Titîșor-Comarnic, pînă la reumatismele Dianei-Calafat. Am găsit trei gastrite, zece „mai încercați”... Banalități! Nici o „ocluzie”, nici o „meningită”... Ce monotonie!... În sfîrșit, ca să mă cunoască mai bine, le-am trimis o autobiografie pe 16 pagini... la două rînduri de nevroze, viroze și

... prognoze, însoțite de o fotografie a mea — ornat cabinet cu pălărie de pai. Mi-au răspuns: „Nici o grijă! Pancreasul dv. arată normal”. Din motive de paginație, altădată mi-au dat o rețetă greșită. În săptămîna următoare au dat o erată. Prea tîrziu. Îmi trecuse. Uite, și astăzi, la fel: „În numărul trecut s-a strecurat o eroare. Un pasaj de la rubrica «Moda» a fost trecut la «Sfatul medicului». Așa că, cine a luat cu buline, nu trebuia să-și facă și fusta la fel. Se poartă ecosais...”



CIOSU



C. CIOSU

În orice caz, e o rubrică de viitor! Încă puțin și trecem și la operații... Eu scriu: „Am apendicită”. Ei îmi răspund: „Pregătiți mai întîi locul operației, aplicați-vă anestezicul, adormiți, pe urmă faceți o incizie de cinci centimetri longitudinală”.

E drept, acum „Sfatul medicului” nu dă certificate medicale. Dar, cu timpul... Mai știți? ! Eu sper. Știința progresaază!...

Silviu GEORGESCU

În vîrful seringii

Chefliului

Doctorul i-a făcut figura...
La consultație — parol
Prompt i-a luat temperatura
Cu-n termometru cu... alcool!

Pletosului

Asigură cu ton poznaș
Prietenii, familia:
Mă tînd cînd va sosi-n oraș
„Bărbierul din Sevilla”!

Titî GHEORGHIU-VASLUI

un calificativ drastic

Vrînd-nevrînd ne întâlneau aproape zilnic. Locuiau în același cartier. Dumnealui fusese cîndva contabil, acum era pensionar cu stagiul de lungă durată. Număra 86 de ani, dar se ținea zdravăn, călca ferm și poseda o căutătură ce scrutează adînc pe interlocutor. Sprîncenele stufoase și cănite îi adăugau un aer de vigoare și bărbăție demne de invidiat.

La fiecare întîlnire (și aceasta, cum spuneam, se întîmpla aproape zilnic), după ce schimbam salutul de rigoare, dumnealui — oprit în fața mea — îmi străpungea făptura cu o privire de șoim, ridicînd și coborînd sprîncenele, împlînzindu-și pe urmă ochii treptat, insinuant, ca și cînd și-ar fi încheiat opera de captație și nu-i rămînea decît să treacă la dresajul propriu-zis.

— Mai tușiți, tovarășe ? mă întreba.

— Tușesc, răspundeam.

— Mai fumați ?

— Fumez, răspundeam.

— Rău, foarte rău, cît se poate de rău. De cîte ori vreți să v-o repet ?

— Îmi dau seama că...

— Nu vă dați seama de loc, mi-o tăia dumnealui. Sînteți marea mea decepție. Am convins cel puțin o sută de oameni să se lase de fumat. Dv. mă puneți în situația de a-mi pierde pur și simplu răbdarea și optimismul.

— Vai de mine, n-aș vrea să vi le pierdeți.

— Atunci ?

— Voi încerca...

— Asta nu se încearcă. Se face !

— Ușor de spus, căutam să-l temperez.

— Mai ușor e să arunci pachetul de țigări pe fereastră !

— Credeți ?

— Nu cred, sînt sigur.

Omul mă tulbura. Îmi reproșam neputința, mă acuzam, mă condamnam, tușeam și, cu un gest reflex, scoteam tabachera din buzunar. Pînă să mă dumiresc și să reprim gestul fatal, îmi și aprindeam o țigară.

— Poftim ! Parcă aș vorbi cu stilul de telegraf ! se revolta dumnealui. Vă dau un avertisment. Înțelegeți ? Un avertisment. Pînă la proxima întîlnire lăsați otrava !

Și omul pleca indignat, posomorît, fără să-mi acorde măcar un mic rabat de politețe.

A doua zi mă surprindea chiar în momentul cînd trăgeam din țigară.

— Aha, zicea, tot cu iarba dracului !

— Tot, scuzați...

— Aici nu încep scuzele, mă fulgera dînsul de sub sprîncene. Tușiți de se zguduie blocul, nu-l așa ?

— Tușesc, dar...

— Nici un dar ! Și îi dați înainte cu fumatul ?

— Păi...

— Nici un păi ! Vă mai dau un avertisment. Pînă la proxima întîlnire vă debarasați de tutun. Ce naiba ! Îmi tocați nervii, sînteți un tip insuportabil.

Și omul pleca iarăși indignat, bozumflat, ignorînd pînă și un gest de salut.

Într-una din zile aflu de la un prieten că dușmanul înverșunat al tusei mele a făcut schimb de locuință și s-a mutat într-un alt cartier. Ce mi-am zis ? De-acum pot să fumez în voie și să mă plimb pe stradă cu țigara în gură. Pot să tușesc fără teama că mă aude și mă ia la rost. Firește, nu-l dezavuiam, știam că are dreptate. Se cădea să-i fiu recunoscător. Și îi purtam de fapt o recunoștință de nevolnic recidivist. Țigara mă procopsise cu o bronșită tabacică mai mult decît supărătoare. Mă sufocam, tușeam și sculparam negru, fumuriu, cafeiniu, în toate culorile triste ale viciului meu.

Așadar, bravul meu paznic se mutase și eu po-luam fără grijă traseul respiratoriu ce-mi fusese dăruit de natură, plus traseul plimbărilor zilnice. Dar nu trecu mult și în cutia mea de scrisori găsi un plic. Îl desfăcui și citii cu stupeoare : „Mai fumați ? Am fost informat de foștii mei vecini că-mi nesocotiți în continuare stăruințele. Scriu aceste rînduri pentru ca nu cumva să credeți că v-am uitat. Totodată vă anunț că data viitoare, dacă între timp nu renunțați la blestemăția de tutun, mă voi adresa mai drastic. Voi pune pe hîrtie calificativul ce-l meritați !”

Mărturisesc sincer că textul de mai sus m-a descumpănit de-a binelea. Cîteva ore am reușit să nu fumez decît jumătăți de țigară. Apoi am intrat totuși, cum s-ar spune, în normal. Dar mă gîndeam într-una la calificativul promis. Eram sigur că bătrînul cu sprîncene stufoase și cănite, cu ochi de șoim și cu o nemaipomenită dirzenie în a-mi schimba destinul bronhopulmonar se va ține de cuvînt. Mă rog, și ce calificativ o să-mi dea ? Lipsit de voință ? Iresponsabil ? Inconștient ? Toate mi se cuveneau. La fiecare țigară vedeam chipul lui și, trecînd pe stradă, mă obișnuisem chiar să-mi camuflez corpul delict și să-l țin la spate în căușul mîinii. Doar-doar nu-l va observa nimeni, nici un corespondent al zeului meu tutelar.

După vreo două săptămîni, în pofida tuturor măsurilor de precauție, culeg din cutia de scrisori următorul răvaș : „La vîrsta mea înaintată am găsit de cuviință să-mi întocmesc testamentul. Vă las moștenire o tabacheră de lemn cu cap de mort, pe care am sculptat-o eu însumi cu șaizeci de ani în urmă, după ce bietul meu tată a murit de cancer la plămîni. Fusese un fumător învederat. Iar Domniel Voastre, care nici pînă acum n-ați înțeles o lotă din cîte v-am spus și repetat în atîtea rînduri spre a vă scuti de o mare primejdie, nimic nu vi se potrivește mai mult decît calificativul (lertați-mă) de „încăpățînat ca un m...”

Nu era greu de ghicit ce anume litere se ascundeau îndărătul punctelor.

Am citit și răsцит răvașul, pe care nici o clipă nu îndrăzneam să-l socot insultător. De atunci nu mai știu ce s-a făcut bătrînul. Sper că trăiește, căci n-am fost înștiințat să-mi ridic obiectul sumbru lăsat prin testament.

Dacă mai fumez ?

Ei bine, am scăzut întrucîtva rația de țigări. Dar pînă nu mă las de tot nimeni — v-o jur — nu-mi va scoate din cap că, de ani și ani, stau cu o încăpăținare lamentabilă pe postul patrupedului incriminat.

În ce-l privește pe bătrîn, dacă ar fi după mine, cu toată teroarea obsedantă la care m-a supus și (mai știi ?) mă va supune încă, i-aș acorda fără șovăire „Meritul sanitar”.

Eugen FRUNZĂ



Experiența

Își rugă soția să se prefacă în vulpe pentru patru zile.

— Nu văd rațiunea ! se miră femela.

— Ți-am spus, e un concurs. Experiența mea...

— De ce n-o faci pe-o vulpe adevărată ?

— De unde s-o iau ? Și-apoi o vulpe costă ! îi explică savantul.

— Și cine-mi garantează că peste patru zile voi reveni la starea mea de-acum ?

— Vai, zise soțul, te asigur că n-o să se întîmple una ca asta. Ce-i as'tăzi, luni ? Simbătă vei putea face piața, duminică vei găti, luni vei spăla rufele, marți plătești telefonul, miercuri te interesezi de murături, nu vreau să ne-apuce iarna fără gogoșari, joi...

— Bine, bine, poate n-ai să reușești.

— Ce anume ?

— Poate rămîn vulpe pentru toată viața.

Vasile BĂRAN

ANUNȚURI CU SARE

La restaurantul „Halbă ca zăpada și cei șapte mici” se pot servi, cu toată încrederea, orice fripturi la grătar, deoarece alături s-a deschis o farmacie, unde există medicamente și pentru intoxicații alimentare. În cazuri grave, responsabilul restaurantului își pune la dispoziție telefonul, pentru chemarea de urgență a Salvării.

★

Vinzătoarele unității de panificație de peste drum respectă regulile de igienă, care includ și mătura-tul. În fond, este mai bine ca praful să se ridice pe pline. Aceasta fiind rumenă, nu se mai bagă de seamă praful în caz de control sanitar.

★

Frizeria „Barba, părul și bacșișul” roagă onor clienții să dea atenție culorii pereților din unitate,

nu și a șervetelor. Dacă acestea nu sînt destul de albe, nu au decît să-și aducă ei singuri altele de acasă. Eventual, și spirit medicinal pentru dezinfectarea briciului, în prealabil. Cooperatorii unității au și alcool, înisă după ce se întorc de la bufetul din apropiere.

★

Cine nu găsește filme radiografice în comerț, își poate procura din cele foto. Au avantajul că, după dezvoltare și copiere, pot fi puse în albumul de familie, ca să fie arătate musafirilor. În fond, este mult mai plăcut să te lauzi cu o nepoțică, decît cu o pleurită.

V. D. POPA

PUNCTE CARDINALE

Promisiune

*Îi dau eu un stetoscop,
Evident, fără vreun scop,
Cînd m-o asculta cu el
Să am puls de tinerel !*

Cadouri

*Moș Gerilă, galanton,
Școlăriței Mărgărita
I-a adus piramidon...
Să-și trateze chiulangita !*

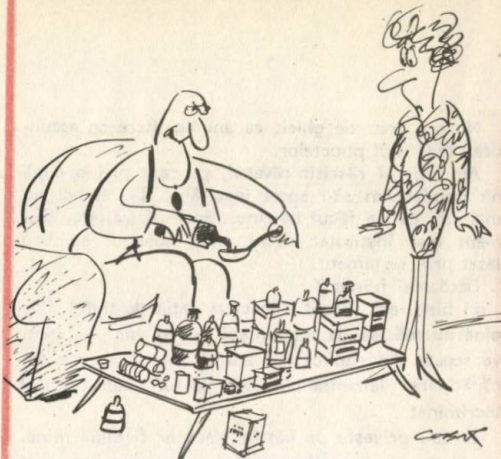
Sfat

*Vrei mai mult ca să trăiești ?
Nu-nceta ca să muncești !
Iar ca să rămii în uz,
Fă cît mai puțin abuz !*

Căsătoria

*Socrul a adus „Renault“-ul,
Soacra-a pregătît trusoul,
El — o rochie cu trenă,
Iar mireasa — o migrenă !*

Gheorghe ZARAFU



Am zece colegi la birou „mari specialiști”
și fiecare mi-a recomandat un medica-
ment „sigur” !

Nell COBAR

AURUL ROȘU

ORIZONTAL : 1) Dau sînge pentru sal-
varea vieților primejdite — Lucian Po-
pescu. 2) Mediu de cultură ! — Izvoare de
sînge — Bară folosită la gimnastică. 3)
Globulele care au un rol esențial în hema-
toză — Are importanță în practica transfu-
ziei sîngelui de la un individ la altul. 4)
Salutare! — Senator roman pe timpul im-
peratorului Nero, care, fiind condamnat la
moarte, și-a deschis venele (66 e.n.). 5)
Ajutor acordat în caz de hemoragii etc. etc.
de către personalul medico-sanitar. 6) Li-
teră grecească — Tensiune arterială (abr.).
7) Administrare pe cale intravenoasă a
unei cantități de sînge, proaspăt sau con-
servat, recoltat de la un donator. 8) Atri-
buție — Artilerist. 9) În plus ! — Cei cu
reacția Bordet—Wasserman în neregulă.
10) Ieșire a sîngelui din vasele sanguine
prin ruperea pereților acestora. 11) Unul
din rolurile globulelor albe — Sîngele, ca
valoare (fig).

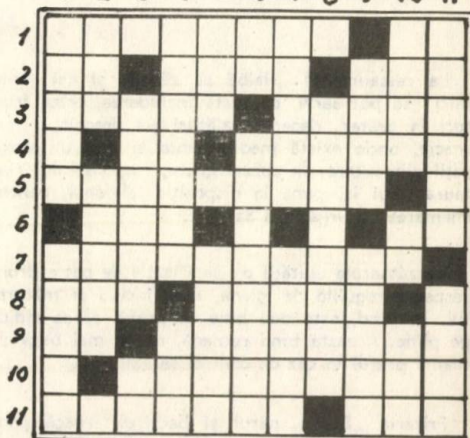
VERTICAL : 1) Strat al pielii care con-
ține vase sanguine și limfatice — Pentru
urgenta medico-chirurgicală. 2) Prefix cu
sensul de „ou” — Sînge în compoziția că-
ruia predomină serul. 3) Aici sînt îngrijiți
și tratați cei cu hemoragii — Rîset. 4)

Aviația sanitară din România, căreia îi
revine și sarcina de a expedia și a parașuta
flacoane cu sînge conservat în caz de ur-
gență unităților spitalicești din provincie
— Pentru. 5) Ceai medicinal — Deschide-
re mică a unei suprafețe peritoneale. 6)
Din zonă ! — Instrument folosit pentru in-
troducerea picătură cu picătură a sînge-
lui într-un vas sanguin, în scop terapeutic.
7) Una din fiicele regelui Lear — Căsătorie
(nu se admite fără reacția Bordet—Was-
serman). 8) Taiată. 9) Bancnotă — A ali-
menta un organ (despre sînge). 10) Renu-
mit medic român, autorul unei „Hemato-
logii clinice” (1884—1966) — Din oțel ! —
Care este în viață. 11) Partele lichidă a sîn-
gelui — Se găsește în hemoglobina globu-
lelor roșii.

DICTIONAR : Paerus, eta, ovo, Regan.

Dr. Nicolae ANDREI

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11



Secvență

Într-un cabinet medical :

— Așa ; ia loc și spune-mi ce ai ?
— Am, sigur că am, am muștrare scrisă cu avertisment.

— Nu asta te întreb ; de ce suferi ?

— Sufăr, cum să nu sufăr ; când alții sînt evidențiați, lăudați. Sînt răsfățați la radio, televizor și eu... nîi.

— Văd că nu ne înțelegem ; să te consult !

— De fapt eu am venit să vă consult pe dv. !

— Cum adică ? ? !

— Să vă „consult” cum aș putea obține un concediu medical.

— Să vedem cam ce „boală” ai ! Te dor picioarele ? !

— Vai de capul și de picioarele mele ; sigur că mă dor (*aparte*). Mai ales cînd fug... de vreo sarcină profesională.

— Cu urechile cum stai ? !

— În general bine, numai că nu prea aud... cînd sînt criticat în ședințele de analiza muncii.

— Poate că ai vreun dop de ceară în ureche ?

— Nu, nu cred ; pentru că atunci cînd mi se spune ceva... îmi intră pe-o ureche și-mi iese pe cealaltă.

— Destul de neplăcut, dar la nas ? !

— N-am nimic. E drept că deseori îmi spun colegii că umblu cu el pe sus, dar altceva nimic.

— Cazul duminic este foarte interesant.

— Serios, tovarășe doctor ? ? !

— Da, ar trebui să te duci undeva (*scrie*)...

— Sigur că da, tovarășe doctor !

— Undeva la aer curat.

— La aer curat, tovarășe doctor !

— Poftim (îi dă „rețeta”)

— ...Să fac mișcare. Mișcare, tovarășe doctor, mișcare !... În aer curat, tovarășe doctor !... Cu oameni simpatici. Zilnic două-trei ore de... muncă patriotică pe șantierul din cartier... Aoleu !!! (*leșină cu conștiința „vindecată”*)

Nicolae MANGU

BUCURIE

— Bravo ! Nimeni nu-l întrece !

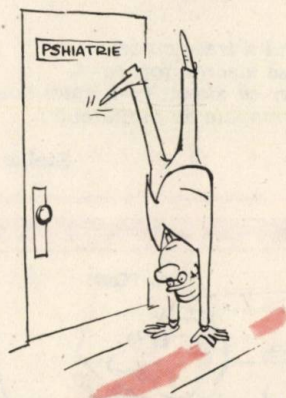
Telegrama sună clar :

„Reușit cu nota zece la examen !” Așadar,

foarte bucuroși de-această veste ce ne-o dă Ionel, hai să bem ceva, nevastă : fă un ceai de mușețel !

Andrei CIURUNGA

FĂRĂ CUVINTE



MATTY



Pompiliu DUMITRESCU

ORTOPEDICĂ

Ursul, undeva-n brădet,
Deschisese-un cabinet.
(Se trezise ortoped
Dînsul, bi — și patrupeđ !)

Șchiopi de dreptul sau de stîngul
Băteau cetina și crîngul
Spre chirurgul care le
Meșterea picioarele.

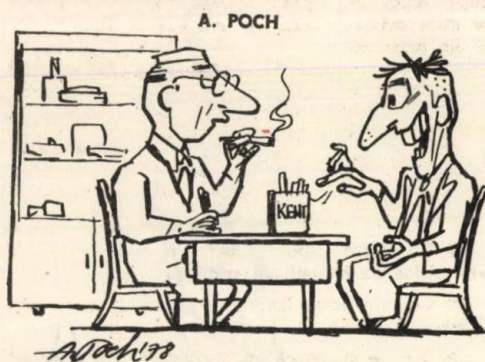
Ursul îi trata cu zel
Ca să meargă toți ca el.
Doar că dînsul (v-o spun vouă !)
...Șchiopăta de amîndouă !

Stelian FILIP

FĂT-FRUMOS

— Făt-Frumos,
ce ai făcut
de-ai crescut
ca stejarul de voinic ?
— Cînd eram ca tine, mic
mă culcam devreme seara,
alergam prin iarbă vara
și în apa unui rîu
mă spălam pînă la briu.
Nu știam ce este frica
și mai toată zîlulica
prin potană mă jucam,
după fluturași zburdam
sau după vreun brotăcel.
Dacă vrei să crești la fel,
dimineață, după-masă,
să nu stai mereu în casă
cum stă ursu-n vizuină...
Ieși la soare, la lumină !

Florin IORDĂCHESCU



Medicul : Fumați ?
Pacientul : Mulțumesc, cu plăcere !



— Ai și aprins o țigară ?
— Nu pot tuși dacă nu fumez.

Oglinzi

Epitaf

Zace-aici un oarecare
om curat, cinstit și bun,
care n-a avut răbdare
să se lase de tutun...

Maternitate

Își poartă fiul ca-ntr-un cîtec,
pe ambii umeri diafani,
așa cum îl purta și-n pîntec
acum vreo patruzeci de ani...

A. CIURUNGA

Niciodată n-am reușit să sar direct în cap. Această performanță mă preocupă de multă vreme, dar totdeauna am dat gres. Nu am antrenament. În problema săriturilor mulți prieteni de-ai mei au obținut până în prezent rezultate foarte interesante. Unii sar atât de bine într-un picior încât iau o primă mult mai ușor decât iau eu un carbaxin. Alții, cu o îndeminare mai mare, sar în sus. Mereu în sus. Unul chiar a sărit în sus atât de grozav că nu se mai vede. Nu-l mai vede nimeni din cauza secretarei.

Atunci mi-am spus: eu voi fi mai original. Voi sări într-un stil propriu: în cap. De la primele încercări însă am întâmpinat greutăți. Cea mai mare era în cap. Deci fiind un personaj greu de cap, mi-am zis că aici intervine legea centrului de greutate a lui Newton și deci succesul meu e asigurat.

De-atunci am încercat de nenumărate ori. Degeaba. Mulți care mă cunosc spun: „N-ai ce-i face! Țsta... tot în picioare cade!”

Mie însă, dacă mi-a intrat

ceva în cap, e sfînt. Nu se mai poate scoate nici cu Napoton.

Prietenul meu, antrenorul pentru sărituri în cap, are un ciocănel cu care bate tactul.

— Ca să reușești, îmi zice el, trebuie mult exercițiu și voință.

— De acord, răspund eu. Dar ce mă fac că nu știu să înot?

O schiță nebună, nebună

— Asta nu e o problemă. Și-apoi nici nu ține de specialitatea noastră. Aici ne ocupăm numai de săritura în cap.

În salonul meu și în cele vecine am o mulțime de suporteri. Toți au un echipament frumos, niște cămăși cu mâneci lungi înnodate la spate cu atîta măiestrie că nici o forță din lume nu le-ar putea desface.

În special, e unul Franklin, care mă simpatizează și care a inventat electricitatea și paratrăsnetul. El mă încurajează cel mai mult și-mi dă sfaturi, fiind suprasaturat de fizică:

— Tot secretul ca să reușești este să fi la înălțime!

— Am fost și la cota 1400, zic eu, dar nu mi-a prilit.

— Trambulina de 10 metri, asta ți-ar trebui, face el. Hai cu mine la bazin și vei reuși.

Era noapte, lună și nu ne putea vedea nimeni. Am urcat 32 de trepte în spirală și iată-ne sus pe balanșorul trambulinei mai aproape de carul mare. Jos bazinul de înot.

— Dar nu știu să înot, am strigat în noapte.

— Nu-i nimic, totul e să sări drept, cu capul în jos, cu mâinile și picioarele lipite, șopti Franklin.

Și mi-a făcut vînt în jos.

— Am să mă înec! am urlat eu în picaj.

Dar nu m-am înecat! Am scăpat! Marele meu noroc a fost că... nu era apă în bazin!

Alexandru LĂPUȘNEANU

BULINE

● Cineva, după ce s-a fript grav, se șmecherise. Pasămite, era acum uns cu toate alifiile.

● Băile de soare se fac fără săpun.

● Igiena recomandă dușuri. Dar nu la ședințe.

● Temperatura se ia dimineața și seara. Gripa, în schimb, se poate lua oricînd.

● Vinul se vinde cu măsură. Unii, însă, îl beau fără.

● În viață este bine să faci carieră; nu însă la rinichi sau la ficat.

● Un pleton a trecut strada pe roșu. După aceea, a trecut pe negru.

● Vinul tonic nu este tot una cu „Puterea ursului”.

● Dacă nu trece repede, catarul este curat catîr.

● După o noapte de chef monstru, la analiza făcută, în loc de alcool în sînge i s-a găsit sînge în alcool.

● Prescriindu-i-se regim vegetarian, la cofetărie servește numai „cartof de ciocolată”.

● Vă doare capul? Luați un piramidon! Vă dor picioarele? Luați un taximetru!

● Cei vindecați îl privesc pe oculist cu ochi buni.

● Deși se spune că nu are pic de inimă, a fost totuși găsit cu aorta mărită.

● Cînd copilul are tuse măgărească, degeaba îl duc părinții la veterinar.

● La automobilisti, beția vitezei nu totdeauna este datorată alcoolului.

● Și somnul este un medicament, dar nu folosit în neștire.

● Vara, pe litoral, este bine să se pună laur pe sărmăluțe, nu pe spate.

● Oare Frumoasa din pădurea adormită a ajuns astfel datorită cloroformului?

● Bolnav de stomac, un dirijor a întrebat pe medic dacă mai poate dirija și „tocatte”.

V. D. POPA

Ziua în care a venit pe lume primul meu copil a fost o zi controversată. Încă de pe la ora patru dimineața soția mă strigase să-mi spună că se petrece ceva deosebit cu ea, și mă rugase să chem pe unul dintre cei doi prieteni ai mei, obstetricieni. Eu îi chemasem pe amândoi! Oricum, îmi spuneam, cu doi medici e altceva. Dacă eu am norocul să fiu prieten cu doi medici ar fi fost păcat ca soția mea să nu-i aibă și pe unul, și pe celălalt, ca s-o asiste la prima ei naștere!

În sfârșit, a sunat. Am sărit de pe scaun și am alergat la ușă. Care nu mi-a fost mirarea și bucuria când i-am văzut pe amândoi prietenii mei la ușă! Sosiseră amândoi în același timp, parcă s-ar fi vorbit să se întâlnească la ora fixă în fața apartamentului meu.

- Ei, ce e? a întrebat primul.
- Păi, am băguit eu, s-ar putea să...
- Să fie-ntr-un ceas bun! a spus repede al doilea.

I-am poțit pe amândoi în dormitor, iar eu m-am retras discret în hol, lăsându-i pe ei să o consulte pe soția mea. O țigară, încă una, a treia țigară. Se pare că lucrurile nu-s prea simple, gîndeam. De ce întîrzie atîta? Dar, deodată, justificarea întîrzierii mi-a apărut limpede. Și mie să nu-mi treacă prin cap! Cum să nu se prelungească o consultație dacă sînt doi medici? Ba încă mi se părea că am așteptat prea puțin și că mai am timp să fumez încă trei țigări. Și din nou m-am apucat să aștept, pînă cînd soneria de la intrare m-a trezit parcă la realitate. Venise o vecină

ASISTENȚĂ

(o femeie care crescuse două rînduri de copii, pe-ai ei și pe-ai fetei ei) să întrebe cum se mai simte soția mea. Am poțit-o în casă și i-am spus că doi medici o consultă chiar atunci.

— Ei, maică, de ce doi?... s-a mirat vecina.

— N-am găsit mai mulți! am răspuns eu în glumă, dar se vede treaba că vecina mea n-a gustat umorul meu, fiindcă m-a privit într-un fel anume, de parcă ar fi zis: săracul, de emoție s-a prosti!

După mult timp, ușa dormitorului s-a deschis și cei doi prieteni au apărut învitîndu-se unul pe altul să treacă în hol cu gesturi amabile de protocol. Vecina s-a strecurat în dormitor, închizînd ușa după ea.

- Ei!? am întrebat eu, nu fără emoție.
- Nici vorbă! a răspuns primul prieten.
- Nu naște! a spus și al doilea.

Puțin intrigat de vorbele lor, am bolborosit:

- Cum adică „nu naște”?
- Uită-te la el! a zis primul, rîzînd. Vrem să spunem că nu naște... încă.
- Încă? am făcut eu mai ușurat.
- Alarmă falsă. Simptome neconcludente de naștere. Se mai întîmplă, cîte n-am văzut noi în practica noastră!
- Și atunci, cînd? Cînd naște? am întrebat dintr-o suflare.

Primul medic a dus o mină la frunte, într-un gest de cumpănire a posibilităților, apoi mi-a răspuns pe un ton categoric, rece, oficial:

PUNCTE ERUPTIVE

Emancipatul

*Tatăl harnic și de vază,
Nu prea bea și nu fumează.
Fiul este consecvent:
Bea coniac, fumează Kent!...*

Helioterapie

*Și acum se dă de gol
Că de viciu e pătruns!
Toată ziua e la ghiol
Fiindcă vrea să fie uns!*

Traian GÂRDUȘ



N-ai să crezi, colega, dar am acum, aici, un caz nesemnalat de istoria medicinii!!!

MATTY

LA NAȘTERE

— De azi într-o săptămână, dragul meu. Mai ai de așteptat șapte zile.

— Trei ! a intervenit prompt al doilea medic, pe același ton categoric. Trei zile !

Primul prieten, nemișcat ca o statuie, avea un zimbet ciudat, celălalt își subțiasse buzele, ironic. Eu, între ei, nu mai știam ce să spun. La urma urmei, ce importanță avea că soția mea va naște peste șapte zile sau numai peste trei ? Important era că amândoi medicii căzuseră de acord asupra unui lucru : soția mea nu năștea în dimineața aceea, nici în ziua aceea, ci după câteva zile bune. Simptome neconcludente, alarmă falsă etc. etc. Și bineînțeles că le-am spus ce credeam. Dar ei parcă nici nu m-au auzit.

— Șapte zile ! a vorbit din nou sentențios primul.

— Trei ! s-a grăbit al doilea să spună.

Apoi ? Apoi a urmat o discuție din ce în ce mai aprinsă între prietenii mei obstetricieni. Firește, nu înțelegeam prea mult din ce discutau. Ici, colo cite un termen medical mai cunoscut, din când în când cite o idee mai clară pentru puținele și vagile mele cunoștințe în problemele de obstetrică, dar atât ! Unul susținea că fătul are o poziție, celălalt că are altă poziție. Unul făcuse o socoteală calendaristică, celălalt altă socoteală calendaristică. Fiecare aducea în discuție cutare caz pe care l-a avut în clinică și pe care l-a și comunicat la o sesiune de comunicări, fiecare aducea argumente categorice în sprijinul concluziei lui, argumente cu totul

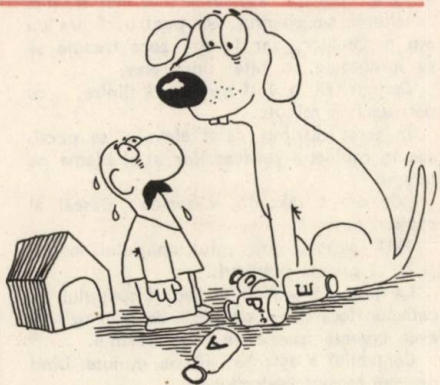
străine pentru mine, deși făceam eforturi să înțeleg și eu ceva din înfruntarea lor, care se și transformase într-o adevărată ceartă. Strigau unul la altul, cuvintele deveneau din ce în ce mai aspre, un scandal în toată regula.

— Șapte zile am zis !

— Trei !

Și pe când discuția culmina într-o aruncare de vorbe din care nu se mai înțelegea nimic, deodată, ca la un semn, amândoi prietenii mei au tăcut cu ultimul cuvânt neterminat pe buze. Am tăcut și toți trei am întors privirile spre ușa dormitorului, ținându-ne răsuflarea. Nu, nu ne înșelase. Tipete scurte de nou-născut străbăteau de dincolo de ușă, cu potoliri scurte. Ne-am privit și ne-am repezit spre ușa dormitorului, îngheșuindu-ne ca să intrăm toți trei deodată. Soția mea născuse liniștită, vegheată de vecina noastră, care ținea în brațe un băiat de-abia înfășat într-un cearșaf.

Dan TĂRCHILĂ



Mihai MATEI

Cornel TABACU



— De ce spuneți că suferă soțul dumneavoastră ?

— Se crede Shakespeare.

— Atunci trebuie vindecat repede pînă nu se apucă să scrie piese de teatru.



PATRUZECI DE MINUTE

Pe ușa albă a cabinetului era atârnată o plăcuță de cristal cu inscripția „Consultă dentista Surikova”.

Învățătorul Iakunin privea spre această tăbliță de 40 minute. A sosit la policlinică la 9,00, când i s-a fixat ora de consultație.

La ora 9 ar fi intrat la medic, dacă nu s-ar fi strecurat în cabinet, sub nasul lui, o tînă ră obraznică cu părul blond.

— Nu am bon — a spus ea lui Iakunin —, dar stau numai o secundă ca să-mi schimb pansamentul.

De 40 minute îi tot schimbă.

Blonda nu avea nevoie de bon : din cîte a constatat Iakunin, ea era prietenă cu dentistă. Din ușa întredeschisă auzea pâlăvrăgeala lor.

Discuția dintre medic și pacient se referea la o sferă largă de probleme : unde se pot cumpăra bigudiuri de nylon, cu cine s-a căsătorit un renumit actor de cinema, ce să cadorească soacrei de ziua ei de naștere, care din aspiratoare e mai trainic.

Iakunin s-a enervat. Nu pentru că era un om nerăbdător, dar la ora zece trebuia să se întâlnească cu tatăl unui elev.

Desigur că a întârziat la întîlnire, cu patruzeci de minute.

În acest răstimp, tatăl elevului se plictisea în cabinetul profesorilor și îl blama pe Iakunin :

„Ce om e Iakunin, neserios ! Dascăl al copiilor noștri !”

Tatăl elevului era șeful spațiului locativ și la 11 primea publicul.

La acea oră a sosit la sediul spațiului locativ un locatar — contabil de la o uzină : avea urgentă nevoie de o adeverință.

Contabilul a așteptat 40 de minute. Dînd din cap enervat bodogănea :

— Ce mai șef ! Ora de audiențe, iar el lipsă !...

În acest timp, la contabilitatea uzinei se plictisea șeful depozitului.

— Unde umblă contabilul ? Mi-a fixat singur ora ca să semneze actele. Au trecut deja 40 minute.

La rîndul său, șeful depozitului era blestemat de șoferul unui camion din rețeaua de transport comercial a orașului :

— A comandat mașina și nu o încarcă. Staționez gol 40 de minute...

Orele și minutele șoferului erau programate potrivit folii de circulație și trebuia să se execute deja comanda care urma : să transporte material pentru Casa de mode nr. 13.

...Închindu-și activitatea la policlinică, dentistă Surikova a sosit la Casa de mode

nr. 13. Dar croitoreasa Nikitina, care i-a fixat ora pentru proba paltonului, lipsea. Surikova a așteptat 40 de minute și apoi a început să vocifereze :

— Spune-mi tov. responsabilă unde este Nikitina ? Cît mai stau la voi ?

— V-am spus că a plecat după material, dar întîrzie căci nu a venit mașina. M-ați înțeles ? Supărați-vă pe Trustul auto !

— Nu mă interesează mașina ! — a întrerupt-o Surikova. Am venit la ora fixată. Sînteți dezorganizați ! Dați-mi condica de reclamații !...

Boris EGOROV

(Traducere de Valentin TESCOVEANU din volumul „Maski”)

CU ȘI FĂRĂ HAZ

Nelinște

O femeie, după ce și-a vizitat soțul la spital, întreabă medicul :

— Vă rog din suflet să nu-mi ascundeți nimic. Ce credeți, va mai putea soțul meu, după această complicată fractură, să mai spele vasele ?

Răspuns

Medicul către pacient :

— Inima dumitale bate foarte neregulat. Bei ?

— Da, dar regulat.

Motiv

Pacientul se plînge medicului de dureri puternice de stomac :

— Ce ați mîncat aseară ?

— Friptură de vițel cu mazăre.

— Ați consumat multă mazăre ?

— 182 de boabe.

— Interesant. De unde știți cu atîta precizie ?

— Dar dv. ce credeți că fac cît timp soția mea vorbește fără întrerupere ?

Stomatologică...

— Vă rog să deschideți gura, îi spune medicul stomatolog pacientului. Extraordinar ! Aveți cea mai mare carie văzută în viața mea... Văzută în viața mea...

— Nu-i nevoie să repetați, ripostă pacientul, oarecum ofensat.

— Eu n-am repetat nimic, se justifică medicul. Ceea ce ați auzit a fost ecoul !

Culese de Teodor ȚULIC

ȚEPI

● Dacă s-a tăiat la un deget, zice imediat că o să facă septicemie. Dacă l-a înșepat un țințar, începe să se vaite că are malarie. Când i se întâmplă să tușească, se plînge că a făcut t.b.c. pulmonar. Acum s-a speriat că-l doare capul, și-mi spune :

— Precis c-am făcut o meningită.

— Fii liniștit, îi spun. La tine e cu neputință. Ca să faci o sinuzită trebuie să ai sinusuri, nu ? Ei bine, ca să faci meningită trebuie să ai meninge.

● L-am întîlnit într-o stațiune climaterică, unde fusese trimis ca să schimbe aerul. Lua o gură de aer ziua și douăsprezece guri de vodcă seara.

● Suferi de insomnie ? Îți dau eu o rețetă, zicea el. Pui într-un pahar mare o treime coniac cinci stele, o treime vermut alb, o treime palincă de cîrșe și o treime apă de la gheață.

— Asta face patru treimi, obiectam eu.

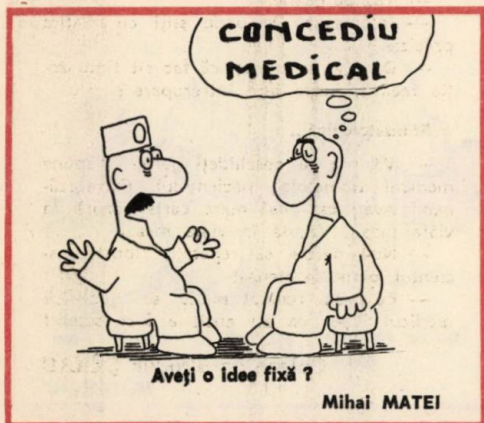
— Ah, da, așa e ! zicea el. Atunci renunți la apă. Preparatul ăsta se cheamă „Moarte insomniei”. Se amestecă bine și se dă pe git. Bei în fiecare seară cite un pahar și dormi dusă.

N-am încercat preparatul, dar am constatat că era eficace. L-a încercat el, seară de seară, și acum doarme. Dus...

● Cel mai mult mă chinui, îmi mărturisește tovarășul Trușcă, nu atît ca să mă las de fumat, cît s-o fac pe nevastă-mea să creadă că m-am lăsat.

● Ce contează un firicel de nisip ? Nu-l lei în seamă, îl ignorezi, îți bați joc de el, pur și simplu îl calci în picioare. Dar ia să-l ai la rinichi !

Veronica BERTOLI



Alo, mamă, nu mai pricep nimic ! l-am descîntat o oră și jumătate „micuțului”, și tot are febră !

Adrian ANDRONIC

EPIGRAMA

Litiazică

Involuntar îmbogățit

— Și încă mult, cu piatră rară, —
De ea mă las azi jefuit :
E la vezica biliară !

Unul cu motocicletă

*Adunînd vorbe dibace
Pentru munca ce o face,
Șefu-n plen l-a lăudat :
Naltă nori de praf în sat !*

Unui doctor mic de statură

*În complexul balnear
Mai să-l pierzi : un pui de om !
Ba ce spun eu : un atom !
Un atom, dar... nuclear ! !*

Octav SERGEȚIU

Rîsoterapie

*Vrei să-ți spun un adevăr
Rîdurile, albu-ți păr
După mine toate îs
Fiîndcă ești zgîrcit... la rîs.*

Obişnuința sedentară

*După-o iarnă lungă, grea
Omul dornic de natură
Trage dintr-o sticlă-n gură
Și o ia spre... canapea.*

Dumitru GRIGORAȘ

S.O.S.

Doftoroaia

Cînd lumea se-ntreabă, mirată,
Cum s-a-ntîmplat de-a decedat,
O rudă a răspuns îndată :
„Păi, simplu ! S-a... autotratat“.

Abuzul

Tot lua, de dor de cap,
Cîte-un hap și înc-un hap ;
Dar, luînd unul în plus,
L-a-nghițit și-apoi... s-a dus.

Fumătorul

Pe cei din jur, mereu, i-a afumat,
Zicînd că e o mare nerozie
Să-ncerce să se lase de fumat.
Azi îl afumă alții, cu... tămăie.

Obezul

Toată viața s-a-dopat,
Nefăcînd, de loc, mișcare ;
Deci nu este de mirare
Că și-acum e... nemișcat.

Dr. Victor GORSCOVAZ

ACE

Exces

În sfîrșit și iarna vine...
De-aia unchiul Teodor
Și-a luat, prevăzător,
Două chile... de-aspirine !

Sezonieră

— Torni în tine țuică fiartă,
Parc-ai fi o bute spartă...
— Nu sînt țuici, greșești matala,
Ci „produse-antigripale“ !

Antisedentară

Uită unii, stînd în tihnă,
Sau cînd bulgări-i aruncă...
Dar odihna nu-i odihnă
Dacă n-o presari cu muncă.

Giuseppe NAVARA



Copii, n-ați văzut cumva medicamentele ?

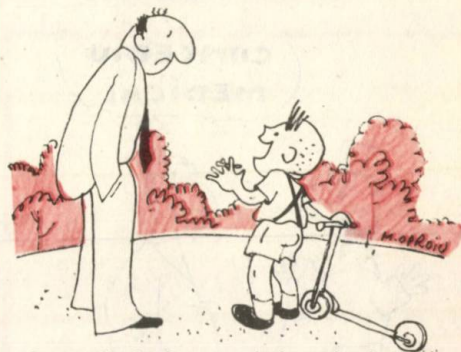


Așa, ca să te sature să mai ameninți copilul cu injecții.

Mihai MATEI



Nu scot limba că nu-i frumos



De ce vă uitați așa urît la mine ? V-am cerut respectuos un foc ! ?

M. OPROIU



De simțit, mă simt mai bine,... dar frica
de uliu mi-a rămas.

MATTY



Nic. NICOLAESCU

Așteptare fericită

Cînd vrei să-ți treacă de urit
N-ai să-nțilnești pe-ntregul sol
Un loc mai potrivit decît
La policlinică, în hol.

Aici, de cum se luminează,
Sosesc femei, bărbați, copii,
Discută, rîd sau croșetează,
Se-ncheagă noi prietenii.

Ba cînd zărești vreodată printre
Solicitanți vreo fată-n sală,
Lași rîndul altora să intre
Și uiți de tine, și de boală...

Acolo deci, printre ghișee,
E vremea cea mai potrivită
Să schimbi o vorbă, o idee,
O gripă, o tuse, o bronșită...

Teodor MARICARU

PICĂTURI

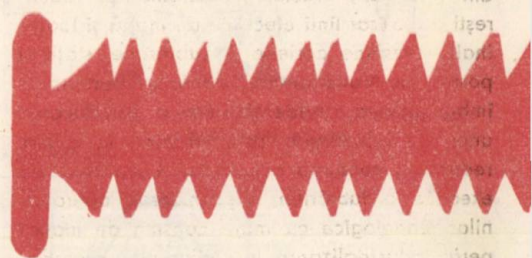
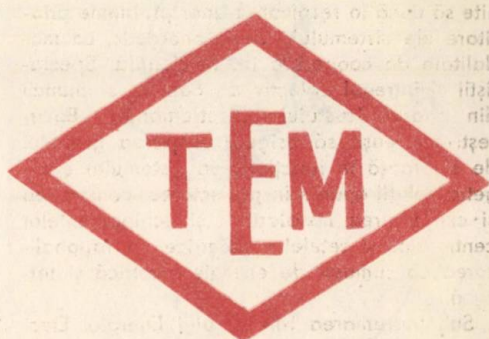
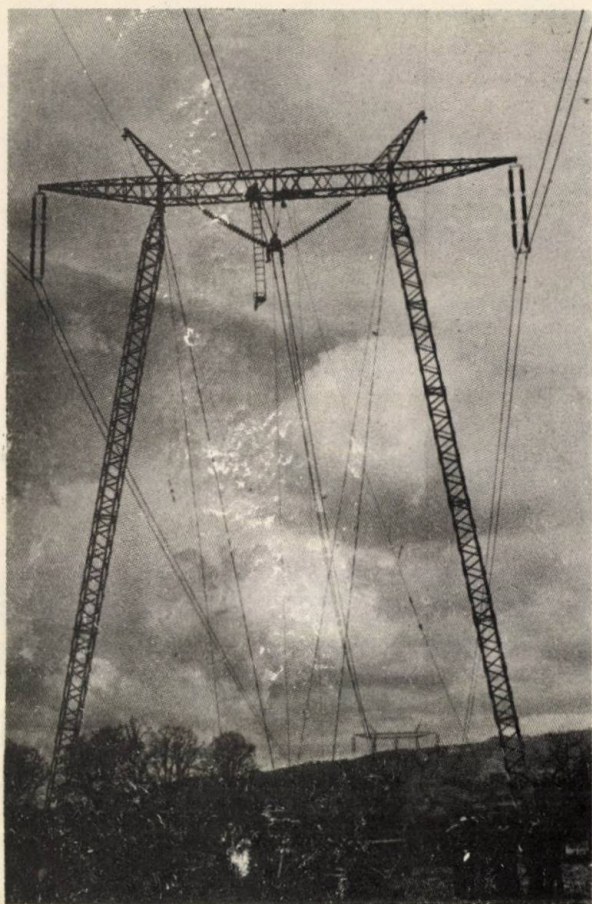
Medicamentele la îndemîna copiilor

Lui Nicușor bomboanele îi plac...
„Ce multe sînt !... Și-s neîncuiate !
Din dulăpior cu ochiu-mi fac
Și mama nu-i. Le-nghit pe toate...”
Dar astea i-au venit de hac.

După sfatul medicului

Vrea pe medic să-l asculte :
„Doar un pahar cu vin la masă...”
Și... iute, cînd venea spre casă,
Intră-n bufet, că mese-s multe !

Naum SMARANDACHE



Autorii realizărilor OAMENII

„Deși cifrele exprimă o realitate, dincolo de ele se află oamenii cu diversitatea lor de năzuințe și preocupări, care datorită eforturilor depuse contribuie la înfăptuirea obiectivelor înscrise în plan”. Așa apreciază inginerul Virgil Nitrianu, directorul tehnic al Trustului „Electromontaj” București și colaboratorii săi — ing. M. Georgescu, șeful serviciului export, Nicolae Popescu, șeful serviciului financiar, și ing. Paula Rădulescu, întrucât toți specialiștii trustului se străduiesc ca în ansamblul tuturor realizărilor să se reflecte inteligența, pricepera și energia tuturor membrilor colectivului de muncă.

De fapt, sînt binecunoscute rolul și contribuția din ce în ce mai mari ale Trustului „Electromontaj” București la realizarea programelor de colaborare tehnico-științifică me-



nite să ducă la rezolvarea unor probleme prioritare ale sistemului nostru energetic, ca modalitate de cooperare internațională. Specialiștii și întregul colectiv de oameni ai muncii din cadrul Trustului „Electromontaj” București au reușit să asigure creșterea gradului de siguranță în funcționarea sistemului energetic, soluții optime în proiectarea, construirea și exploatarea instalațiilor și echipamentelor centralelor și rețelelor electrice, în raționalizarea consumului de energie electrică și termică.

Sub îndrumarea Ministerului Energiei Electrice și în colaborare cu întreprinderi similare din alte țări, Trustul „Electromontaj” București a realizat linii electrice de înaltă și foarte înaltă tensiune aeriene și subterane, stații și posturi de transformare, urmărind permanent îmbunătățirea, modernizarea și introducerea unor noi tehnologii, care să aibă în vedere reducerea continuă a costului și duratelor de execuție a lucrărilor, mecanizarea operațiunilor tehnologice cu mare consum de manoperă, industrializarea lucrărilor prin prefabri-

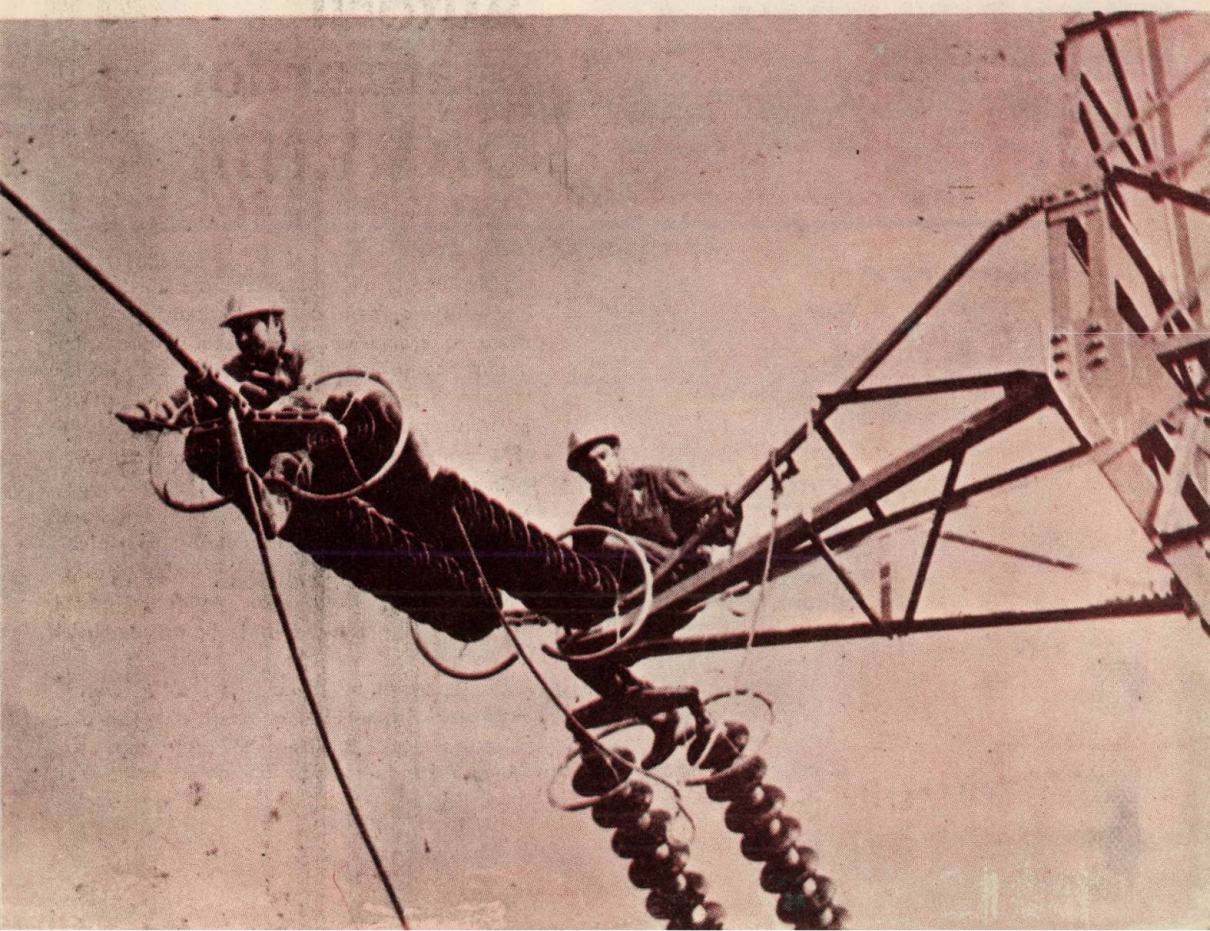
carea bazei materiale și îmbunătățirea calității lucrărilor.

Modernizarea tehnologiilor s-a realizat prin tipizarea elementelor constructive și aplicarea lor în proiecte, simplificarea și adaptarea acestor elemente în funcție de dotarea cu noi utilaje de mare productivitate, calificarea continuă a muncitorilor corelată cu soluțiile tehnice și tehnologice adoptate, precum și prin organizarea corespunzătoare a lucrărilor în raport cu dificultățile create de teren și anotimpul în care se execută.

Rezultatele pozitive obținute și influența lor favorabilă asupra creșterii productivității muncii atestă contribuția tuturor oamenilor muncii din cadrul Trustului „Electromontaj” București la dezvoltarea energiei românești.

Elena ȘOIMU

Fotografii : E. Schäfer



PRODUSE

UTILE ÎN GOSPODĂRIE!



„Nufăr”

Pentru menținerea condițiilor corespunzătoare de microclimat în bucătări și în încăperi destinate grupurilor sanitare, pentru desfundarea chiuvetelor și înălțurarea „pietrei” de pe obiectele sanitare din faianță, întreprinderea „Farmec” din Cluj-Napoca a realizat următoarele produse care constituie gama „Nufăr” : ● Spray deodorizant pentru obiectele de faianță din grupurile sanitare (în compoziție : alcool, substanțe absorbante și componente de parfumerie) ● Dezinfectant și deodorizant pentru vasul WC-ului (constind în 6 batoane cu substanțe tensioactive și dezinfectante, montate în carcase din material plastic) ● Dezinfectant și deodorizant pentru rezervorul de apă al WC-ului (asigură o spumă abundentă și durează 3—4 săptămâni) ● Spray dezinfectant și deodorizant pentru lăzile cu resturi menajere (conține substanțe tensioactive, solvenți și substanțe parfumate). ● Spray detartrant pentru obiecte din faianță (conține acizi și substanțe tensioactive) ● Soluție concentrată de substanțe alcaline și granule de aluminiu pentru desfundarea chiuvetelor.



NUFĂR

CUVINTE INCRUCIȘATE : DEZLEGĂRI

Profilaxie, pag. 201

Aurul roșu — pag. 222

VERTICAL : 1) Migală — Mōv. 2) Mugi — Atrageri. 3) Inimă — Lar — Ted. 4) Scenete — Epila. 5) Cănuțuți — Pciim. 6) As — Ritm — Ifi. 7) Rb. — Trismus — Tn. 8) Euri — Sm — Nov. 9) Cecum — Staal. 10) Sugar — Opercul. 11) Ori — Arzo — Ecce. 12) Mimări — Rh — Ira. 13) Ni — Ieșit — Onuc.

ORIZONTAL : 1) Donator — Lp. 2) Ev — Vene — Sul. 3) Roșii — Grupa. 4) M — Pa — Paetus. 5) Asistenta — M. 6) Eta — R — E — Ta. 7) Transfuzie — Rol — Tunar — F. 9) Us — Pozitivi. 10) S — Hemoragie. 11) Apărare — Aur.

„SĂNĂTATEA 1980”

— un almanah pentru toate vîrstele —

editat de Consiliul Național al Societății de Cruce Roșie
realizat de colectivul redacției revistei «Sănătatea» :
dr. George M. Gheorghe, Lucian Huiban, Cristian Ionescu,
Sultana Mirancea, Nicolae Nicolaev, Maria Predoșanu,
Nicolae Turturescu, Marieta Vidrașcu.

Redactor șef : Maria SILEA

Prezentarea grafică : Cornel Tabacu
Prezentarea tehnică : Mauriciu Segal

Tiparul : Combinatul Poligrafic «Casa Scintei» București



OLTENIȚA



DRAGAȘANI



A.S.E.



CENTRUL DE CALCUL AL M.T.T.



FIENI



ODOBEȘTI



TECUCI



NEHOIU

COLOCVIILE REVISTEI ÎN ANUL 1979



BOLOTEȘTI



COSTEȘTI



FOCȘANI



PATIRLAGELE



BUZĂU



R.M. VILCEA



au colaborat:

Dr. în științe medicale Elena ADÂSCĂLITEI, ADIAV, biolog Mircea ALEXAN, Dumitru ANDREI, dr. Nicolae ANDREI, Adrian ANDRONIC, acad. Ana ASLAN, ing. Gabriela ARION, prof. dr. Ioan BACIU, Aurel BARANGA, dr. docent Bernard BARHARD, Vasile BĂRAN, dr. în științe medicale Elena BERLESCU, Veronica BERTOLI, Hripsine Rodica BIANU, prof. dr. Sacho Nikolov BOJINOV, dr. Gheorghe BRĂTESCU, prof. dr. Petre BRÂNZEI, dr. Gheorghe Eugeniu-BUCUR, Mihai BURDUJA, dr. AL CALCIU, Gheorghe CĂLĂRAȘU Gheorghe CHIRIAC, dr. Irina CHIRIAC, prof. dr. Ion CHIRICUȚĂ, psiholog Angela CHITU, Constantin CIOȘU, Andrei CIURUNGA, Stelian CIUȚĂ, Nell COBAR, farm. Ludmila COSMOVICI, conf. dr. Marțian COTRĂU, ing. Florentin CRĂCIUN, dr. Manole CUCU, Teodor CULIC, dr. în științe medicale Bogdan CUPCEANU, Abdel Salam DAJANI, prof. dr. Gheorghe DANCĂU, lector univ. dr. Viorel DIMITRIU, Nicolae DRAGOȘ, conf. dr. Ioan DRĂGAN, dr. René DUDA, prof. dr. P. Van DUJN, conf. dr. Sebastian DUMITRACHE, Pompiliu DUMITRESCU, dr. Mircea DUMITRU, Stelian FILIP, dr. Valentin FILIP, dr. docent Zorel FILIPESCU, prof. dr. Petre FIRU, dr. Napoleon FRAN-

DIN, Eugen FRUNZĂ, dr. Ludmila GALIN, dr. Dan GALU, Traian GĂRDUȘ, dr. în științe medicale Madeleine Măicănescu-GEORGESCU; Silviu GEORGESCU, dr. în pedagogie Luminița GHIVIRIGĂ, Dumitru GRIGORAS, Alexandru GROZUȚĂ, Ileana ILIESCU, dr. Virgil IGNAT, Florin IORDĂCHESCU, Aspazia LANGA, prof. dr. Ioan LASZLO, Al. LĂPUȘNEANU, I.Z. Georgescu-LUNICĂ, Nicolae MANGU, Marian MANTA, dr. Nicolae MARCU, Teodor MARICARU, Mihail MATEI, A. MATTY, dr. Silvia MĂRCUȘ, dr. în științe medicale Constantin Dumitru MĂRGHIA, dr. Mihai MIHĂILESCU, acad. Ștefan MILCU, prof. dr. Iulian MINCU, dr. Mioara MINCU, Gheorghe MIRCEA, conf. dr. Gheorghe MOGOȘ, Ion MUNTEANU, dr. Dumitru MUREȘAN, Bucur NANU, Giuseppe NAVARA, M. NEGREA, prof. dr. Emil C. NEGULESCU, Nic. NICOLAESCU, dr. Nicolae OPREAN, dr. Ovidiu OPRITĂ, A. POCH, dr. Irina Ionescu-POGĂCEANU, V.D. POPA, prof. dr. Emil POPESCU, prof. dr. Răzvan PRIȘCU, Ioan PRUNCU, prof. dr. Liviu POPOVICIU, dr. Jeana Rodica RADU, conf. dr. Traian REBEDEA, prof. dr. Ettore ROSSI, dr. Maria RUSU, dr. docent Victor SĂHLEANU, Octav SERGETIU, prof. dr. Ervant SEROPIAN, dr. în științe medicale Dan SDRÖBICI, Naum SMARANDACHE, dr. Gheorghe STOICESCU, general-maior prof. dr. Iuliu SUTEU, prof. dr. Ștefan SUTEANU, prof. dr. Gheorghe TĂNĂSESCU, Dan TĂRCHILĂ, prof. dr. Milton TERRIS, Valentin TESCOVEANU, Rodica TOTT, prof. dr. Louis TURCANU, dr. docent Gabriel VASILIU, Titu Gheorghiu-VASLUI, conf. dr. Lucia Butucea-VĂTĂȘESCU, Gheorghe VINTILĂ, prof. dr. Roman VLAICU, prof. dr. Marin VOICULESCU, Gheorghe ZARAFU.

ALMANAH REALIZAT
DE CĂTRE
REDACȚIA
REVISTEI

Sanătatea

ORGAN AL
CONSILIULUI NAȚIONAL
AL SOCIETĂȚII
DE CRUCE ROȘIE